

BUPA PANAMÁ S. A.
Table of Benefits
Bupa Essential Care



Los términos destacados en **negrita** en este documento corresponden a exclusiones, limitaciones y restricciones.

Límites de los beneficios: existen tres tipos de limitaciones de beneficios que aparecen en la Tabla de Beneficios:

- El “límite máximo” o “agregado anual” – la máxima cantidad que la Aseguradora pagará en total por todos los beneficios, por cada Asegurado, por cada año póliza
- “De por vida” o “límite vitalicio” – la cantidad máxima del beneficio la Aseguradora pagará por cada asegurado durante su vida
- Limitaciones a los beneficios por sesiones, visitas o días o “sublímites” – la cantidad máxima que la Aseguradora pagará por ciertos beneficios específicos listados en la Tabla de Beneficios.

Todos los límites de los beneficios se aplican de forma individual para cada asegurado. Algunos límites aplican por año póliza, lo que significa que una vez que se ha alcanzado el límite, el beneficio ya no estará disponible hasta que renueve su póliza de seguro. Otros límites y sublímites aplican de forma vitalicia, lo que significa que una vez que se ha alcanzado el límite, no se pagarán más beneficios, independientemente de la renovación de la póliza.

La Tabla de Beneficios proporciona una explicación respecto de lo que está cubierto en su póliza y los límites de los beneficios. 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.

Red de proveedores

Su póliza Bupa Essential Care proporciona cobertura únicamente dentro de la Red de Proveedores. No se pagará ningún beneficio por servicios recibidos fuera de la Red de Proveedores, excepto en los casos especificados bajo la cobertura de tratamiento de emergencia.

En Latinoamérica	Abierta
En los Estados Unidos de América	Red Proveedores Preferidos Essential
En el resto del mundo	Red Global Bupa

Todas las cantidades relativas a los beneficios cubiertos y deducibles se entenderán referidas a dólares, moneda de curso legal de los Estados Unidos de América.

A menos que se indique lo contrario, todos los beneficios están sujetos a deducible. La Aseguradora pagará los gastos derivados de los beneficios cubiertos después de satisfecho el deducible anual correspondiente.

Todos los servicios, hospitalizaciones y tratamientos ambulatorios fuera de Panamá están sujetos a un coaseguro del veinte por ciento (20%) después de satisfacer el deducible, este coaseguro aplica por año póliza, con un tope de US\$5,000 (cinco mil dólares) por asegurado y un máximo de US\$10,000 por familia. Una vez cubierto el coaseguro y deducible correspondiente, La Aseguradora cubrirá el cien por ciento (100%) de los gastos médicos cubiertos bajo la Póliza Bupa Essential Care, hasta el tope máximo correspondiente.

A los beneficios cubiertos pueden aplicársele exclusiones o restricciones particulares y generales. Favor de consultar la Cláusula 2 Exclusiones y limitaciones de las Condiciones Generales de la Póliza antes de solicitar la cobertura de alguno de los beneficios descritos en la Tabla de Beneficios.

La Aseguradora sólo cubrirá como parte de los beneficios cubiertos aquellos procedimientos médicos que no sean experimentales; esto es que estén aprobados por la FDA (*Food and Drug Administration* de los Estados Unidos de América) o por el Ministerio de Salud de la República de Panamá o aprobados por la autoridad de salud competente en el país donde se recibe el tratamiento médico.

Suma asegurada: Un millón de dólares (US\$1,000,000). Todos los beneficios siguientes, incluso aquellos pagados en su totalidad, contribuirán al límite máximo total anual de la póliza.

Opciones de deducibles:

- Plan 1 Quinientos / Dos mil dólares (US\$500/ US\$2,000)
- Plan 2 Mil / Cinco mil dólares (US\$1,000/ US\$5,000)
- Plan 3 Mil / Diez mil dólares (US\$1,000/ US\$10,000)
- Plan 4 Mil / Veinte mil dólares (US\$1,000/ US\$20,000)
- Plan 5 Diez mil dólares (US\$10,000)
- Plan 6 Veinte mil dólares (US\$20,000)
- Plan 7 Treinta mil dólares (US\$30,000)

Hospitalización y Tratamiento en el Hospital	Cobertura (Aplica 20% de coaseguro para servicios fuera de Panamá)
Para todos los costos de pacientes internados y pacientes ambulatorios atendidos en el hospital	
Alojamiento en el hospital y alimentos La Aseguradora pagará los gastos generados por la hospitalización y tratamiento hospitalario del asegurado, siempre y cuando: exista una necesidad médica de permanecer en el hospital, el tratamiento sea proporcionado o administrado por un especialista, y la duración de su estadía sea médicamente justificada. La Aseguradora no pagará por gastos extras de una habitación ejecutiva, suite, habitación de lujo o similares. Si los gastos del tratamiento están ligados a un tipo de habitación, la Aseguradora pagará el costo del tratamiento al precio que se cobraría si ocupara una suite. Para pacientes internados por 5 noches o más, el asegurado o su médico deberán enviar a la Aseguradora un reporte médico antes de la quinta noche, confirmando el diagnóstico, el tratamiento recibido, el tratamiento planificado y la fecha en la que se dará de alta.	100% habitación privada
Cama extra en el hospital para acompañante La Aseguradora cubrirá los gastos de cama extra para una persona acompañante, cuando el asegurado esté recibiendo un tratamiento cubierto.	100% para una persona
Derecho a pabellón, insumos, materiales clínicos y medicamentos La Aseguradora cubrirá los gastos generados por: • La sala de operaciones, • La sala de recuperación, • Medicamentos y material quirúrgico utilizado en la sala de operaciones o en la sala de recuperación, y • Medicamentos y material de curación utilizados mientras el asegurado esté internado en el hospital. En todos los casos, los gastos generados deberán de estar médicamente justificados.	100%
Cuidados intensivos La Aseguradora cubrirá los gastos de tratamiento en la Unidad de Tratamiento Intensivo (UTI), Unidad Coronaria y Unidad de Cuidados Intermedios (UCI) cuando sea médicamente necesario o cuando sea una parte esencial del tratamiento.	100%

Cirugía, incluyendo honorarios de equipo médico quirúrgico La Aseguradora pagará los gastos por concepto de cirugía, incluyendo los honorarios del cirujano, ayudante, arsenalero y anestesiólogo, así como los gastos pre y post operatorios que se generen dentro de la hospitalización cubierta por esta póliza.	100%
Los honorarios de médicos, cirujanos, anestesistas, segundo cirujano, cirujanos asistentes, especialistas y cualquier otro honorario médico solamente están cubiertos cuando sean médicamente necesarios durante la cirugía o tratamiento. Los honorarios del anestesiólogo se pagarán de acuerdo con: 1. El 30% de los gastos usuales, acostumbrados y razonables del cirujano principal para el procedimiento quirúrgico, o 2. El 30% de los honorarios aprobados para el cirujano principal por el procedimiento quirúrgico, o 3. Las tarifas especiales establecidas por la Aseguradora para un área o país determinado. Los honorarios del cirujano asistente se pagarán de acuerdo con: 1. El 20% de los gastos usuales, acostumbrados y razonables del cirujano principal para el procedimiento quirúrgico, o 2. El 20% de los honorarios aprobados para el cirujano principal por el procedimiento quirúrgico, o 3. Las tarifas especiales establecidas por la Aseguradora para un área o país determinado. Si más de un médico o cirujano asistente es necesario, la cobertura máxima de todos los médicos o cirujanos asistentes en conjunto no excederá el 20% de los honorarios del cirujano principal para el procedimiento quirúrgico.	
Exámenes de patología, radiología y diagnóstico La Aseguradora cubrirá el costo de estudios de laboratorio, imagenología y exámenes de diagnóstico, siempre y cuando sean prescritos por un especialista para ayudar a diagnosticar o evaluar el estado de salud cuando el asegurado esté hospitalizado. Exclusiones y restricciones: Consultar las Cláusulas 2.22 y 2.37.	100%
Fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, quinesiólogos, fonoaudiólogos y nutricionistas La Aseguradora pagará los gastos derivados del tratamiento suministrado por fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, quinesiólogos, fonoaudiólogos y nutricionistas si se requiere como parte de su tratamiento hospitalario. Lo anterior será procedente, siempre y cuando estos tratamientos no sean el único motivo de su hospitalización y la enfermedad o dolencia principal se encuentre debidamente cubierto bajo esta póliza. Cualquier tratamiento cubierto bajo este beneficio durante la hospitalización requerirá autorización previa de la Aseguradora. La Aseguradora se reserva el derecho de no pagar los gastos a menos de que la autorización previa haya sido otorgada. Exclusiones y restricciones: Consultar las Cláusulas 2.16, 2.26 y 2.46.	100%

Cirugía por obesidad (período de espera de 24 meses) La Aseguradora podrá cubrir este tratamiento, sujeto a los criterios siguientes si el asegurado: • Tiene un índice de masa corporal (IMC) de 40 o más y se le ha diagnosticado obesidad mórbida, • Tiene un IMC entre 35 y 40 y tiene un problema de salud serio relacionado con su peso, • Presenta evidencia documentada y firmada por el médico tratante de que ya intentó otros métodos para perder peso durante los últimos 24 meses, y • Ha pasado por una evaluación psicológica que ha confirmado que es apropiado para el asegurado someterse al procedimiento. La técnica quirúrgica a utilizar deberá ser evaluada y autorizada previamente por el	100%
contralor médico de la Aseguradora. Importante: El asegurado deberá comunicarse con la Aseguradora para recibir autorización previa antes de someterse al tratamiento. La Aseguradora se reserva el derecho de no pagar los gastos a menos de que la autorización previa haya sido otorgada. Exclusiones y restricciones: Consultar la Cláusula 2.46.	
Cirugía preventiva La Aseguradora pagará los gastos de cirugía preventiva sujeto a los criterios de las políticas médicas de la Aseguradora. El asegurado deberá comunicarse con la Aseguradora para recibir autorización previa antes de someterse al tratamiento. La Aseguradora se reserva el derecho de no pagar los gastos a menos de que la autorización previa haya sido otorgada.	100%
Prótesis La Aseguradora pagará una prótesis siempre que sea necesaria como parte del tratamiento. Las prótesis cubiertas incluyen partes del cuerpo externas artificiales, como una prótesis de extremidad o una prótesis de oído. La Aseguradora no pagará por cualquier reemplazo de prótesis para adultos, incluyendo cualquier reemplazo de prótesis requerido en relación con una enfermedad o dolencia preexistente. La Aseguradora pagará por la prótesis inicial y hasta por dos reemplazos de prótesis para niños menores de 18 años y en el caso de adultos, los dos reemplazos aquí señalados serán procedentes solo si la prótesis inicial fue cubierta por la Aseguradora.	100%

Implantes prostéticos y órtesis La Aseguradora cubrirá los gastos relacionados con los siguientes implantes prostéticos y órtesis: Implantes prostéticos (entre otros): • Para reemplazar articulación o ligamento • Para reemplazar válvula cardíaca • Para reemplazar la aorta o un vaso sanguíneo arterial • Para reemplazar un músculo del esfínter • Para reemplazar el cristalino o la córnea del ojo • Para controlar incontinencia urinaria o control de la vejiga • Marcapasos (la disponibilidad del desfibrilador cardíaco interno está sujeta a autorización previa) • Para remover exceso de líquidos en el cerebro • Implante coclear, si el implante inicial fue injertado antes de la edad de 5 años y estuvo cubierto por esta póliza, la Aseguradora pagará el mantenimiento subsecuente y los reemplazos para restablecer la función de las cuerdas bucales cuando son afectadas como consecuencia de una cirugía por cáncer. Órtesis (entre otros): • Una rodillera que es parte esencial de una operación quirúrgica para la reparación de un ligamento cruzado • Soporte en la columna vertebral que sea requerido como consecuencia de una operación quirúrgica de columna vertebral. • Fijador externo que se requiera como consecuencia de una fractura expuesta o por una cirugía en cabeza o cuello. Los implantes prostéticos y órtesis deben ser notificados a la Aseguradora previamente. De lo contrario, los gastos serán pagados o reembolsados al costo usual, acostumbrado y razonable que hubiese incurrido la Aseguradora.	100%
Cirugía reconstructiva La Aseguradora cubrirá los gastos relacionados con cualquier tratamiento para restaurar la apariencia física del asegurado después de un accidente, enfermedad o dolencia, lesión o cirugía. La Aseguradora podrá pagar por la cirugía cuando la enfermedad o dolencia, lesión o cirugía y la cirugía reconstructiva ocurran durante su cobertura vigente y continua. El asegurado deberá comunicarse con la Aseguradora para recibir autorización previa antes de someterse al tratamiento. La Aseguradora se reserva el derecho de no pagar los gastos a menos de que la autorización previa haya sido otorgada. Nota: Si el médico del asegurado recomienda tratamiento cosmético para corregir un problema funcional, por ejemplo, exceso de tejido en el ojo que interrumpe la visión, el asegurado deberá comunicarse con la Aseguradora para recibir la autorización previa, ya que el caso será evaluado por el equipo médico de la Aseguradora. De ser aprobado, los beneficios se pagarán de acuerdo con las reglas y beneficios establecidos en esta Tabla de Beneficios. Exclusiones y restricciones: Consultar las Cláusulas 2.10 y 2.26.	100%
Cuidados para Pacientes Internados y/o Pacientes Ambulatorios	Cobertura (Aplica 20% de coaseguro para servicios fuera de Panamá)

Exámenes especiales de diagnóstico La Aseguradora cubrirá los gastos de estudios de imágenes avanzadas, tales como: • Estudios de imagen por resonancia magnética (IRM) • Tomografía computarizada (TC) • Tomografía por emisión de positrones (PET) Los estudios deberán ser prescritos por el médico o doctor del asegurado como parte del diagnóstico o tratamiento de condiciones cubiertas.	100%
Condiciones congénitas La cobertura para condiciones congénitas y hereditarias bajo esta póliza es la siguiente: (a) El beneficio máximo definido para esta cobertura cuyas condiciones se manifiesten antes de que el asegurado cumpla los 18 años de edad, incluyendo cualquier otro beneficio ya pagado bajo alguna otra póliza o anexo adicional de la Aseguradora, después de satisfacer el deducible correspondiente. (b) La cobertura para condiciones que se manifiesten en el asegurado a los 18 años o posteriormente.	(a) US\$200,000.00 de por vida (b) US\$500,000.00 de por vida
Tratamiento contra el cáncer La Aseguradora cubrirá los gastos derivados de cualquier tratamiento contra el cáncer, una vez que sea diagnosticado, incluyendo trasplante de médula ósea, honorarios que se relacionen específicamente para planificar y llevar a cabo el tratamiento contra el cáncer, exámenes de laboratorio, estudios de imagenología para diagnóstico, consultas y medicamentos recetados. El asegurado deberá comunicarse con la Aseguradora para recibir autorización previa antes de someterse al tratamiento. La Aseguradora se reserva el derecho de no pagar los gastos a menos de que la autorización previa haya sido otorgada. Exclusiones y restricciones: Consultar la Cláusula 2.42. La Aseguradora no cubre los gastos relacionados con tratamientos o medicamentos experimentales cuando sean suministrados como parte de una prueba clínica registrada y estos gastos son cubiertos por un patrocinador de la prueba clínica.	100%

Servicio de trasplantes La Aseguradora cubrirá todos los gastos médicos relacionados con el trasplante, incluyendo consultas con médicos o especialistas y tratamiento médico cuando el asegurado se encuentre internado en el hospital o como paciente ambulatorio, siempre y cuando el órgano provenga de una donación verificada y certificada para los siguientes trasplantes: • Córnea • Intestino delgado • Riñón • Riñón/páncreas • Hígado • Corazón • Pulmón • Corazón/pulmón • Médula ósea (no relacionado con cáncer) Los gastos de los medicamentos contra el rechazo y gastos médicos para trasplante de médula ósea y trasplantes de células madre periféricas, con o sin altas dosis de quimioterapia para tratar el cáncer, están cubiertos bajo el beneficio de tratamiento de cáncer. La Aseguradora cubrirá los gastos del donante para cada condición médica que requiera de un trasplante, tanto si el donante está asegurado o no, incluyendo: • La recolección del órgano ya sea de un donante vivo o muerto, • Los gastos por compatibilidad de tejidos • Los gastos de hospital/operación del donante, y • Cualquier complicación del donante, hasta por un máximo de 30 días de post operación únicamente Exclusiones y restricciones: Consultar las Cláusulas 2.9 y 2.34.	US\$500,000 por diagnóstico, de por vida
Diálisis renal La Aseguradora pagará la diálisis renal para paciente hospitalizado o paciente ambulatorio.	100%
Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) (período de espera de 1 año) La Aseguradora cubrirá la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y los gastos derivados de la infección de (VIH y SIDA, siempre y cuando los anticuerpos VIH (seropositivos) o el virus del SIDA no hayan sido detectados o se hayan manifestado antes de completar el período de espera.	US\$250,000 de por vida
Tratamiento dental relacionado con accidentes La Aseguradora cubrirá los gastos generados por el tratamiento dental médicamente necesario derivado de un accidente cubierto, siempre y cuando el primer gasto se genere dentro de los 30 días siguientes al accidente.	100%
Cobertura para actividades y deportes peligrosos Los costos relacionados con tratamientos derivados de la práctica de actividades y deportes peligrosos de forma amateur están cubiertos bajo esta póliza. Exclusiones y restricciones: Consultar la Cláusula 2.6.	100%
Medicamentos altamente especializados Los medicamentos altamente especializados: Interferón beta-1a, Interferón peguilado alfa 2a, Interferón beta-1b, Etanercept, Adalimumab, Bevacizumab, Cyclosporine A,	100%

Azathioprine, y Rituximab están cubiertos. Deben ser aprobados y coordinados con anticipación por la Aseguradora.	
Tratamiento Ambulatorio	Cobertura (Aplica 20% de coaseguro para servicios fuera de Panamá)
Cirugía ambulatoria La Aseguradora cubrirá los gastos relacionados con cirugía ambulatoria.	100%
Consultas psicológicas y/o psiquiátricas La Aseguradora cubrirá 15 visitas al especialista para consultas psicológicas y/o psiquiátricas, siempre y cuando no dependan de una condición primaria.	US\$500 al año
Exámenes especiales de diagnóstico La Aseguradora pagará los gastos derivados de exámenes de diagnóstico y laboratorio cuando dichos estudios sean prescritos por un médico o doctor para documentar el diagnóstico o para evaluar su estado de salud posterior a un tratamiento médico: • Estudios de laboratorio, exámenes de patología e imagenología • Exámenes de diagnóstico, como electrocardiogramas (ECG) Exclusiones y restricciones: Consultar las Cláusulas 2.22 y 2.37.	100%
Honorarios médicos La Aseguradora pagará los honorarios por concepto de consulta con especialistas, médicos o doctores para: • Proponer un tratamiento • Dar seguimiento al tratamiento recibido previamente • Recibir consultas o tratamientos pre y post hospitalarios • Prescribir medicamentos • Efectuar el diagnóstico relacionado con los síntomas manifestados Exclusiones y restricciones: Consultar las Cláusulas 2.14, 2.18 y 2.40.	100%
Medicamentos y materiales de curación con receta médica La Aseguradora pagará los medicamentos y materiales de curación con receta médica siempre que sean prescritos por un médico o doctor de forma previa y que sean necesarios para tratar una lesión, enfermedad o dolencia	US\$ 4,000
Equipo médico durable La Aseguradora cubrirá los gastos derivados de la utilización de equipo médico durable y sus componentes siempre y cuando: • Sea prescrito por un médico • Cumpla con la definición de equipo médico durable • Sea notificado a la Aseguradora previamente Si no se notifica previamente, los gastos serán pagados o reembolsados al costo usual, acostumbrado y razonable que hubiese incurrido la Aseguradora. La Aseguradora no pagará por los componentes que no sean indispensables para el uso del equipo médico durable.	US\$ 10,000
Fisioterapeutas, osteópatas y quiroprácticos La Aseguradora cubrirá los honorarios relacionados con consultas y tratamiento de fisioterapeutas, osteópatas y quiroprácticos profesionales calificados para realizar terapias físicas con el objeto de restaurar la función física normal del asegurado .	100%, máximo 15 visitas
Centros de Atención de Urgencias y Clínicas de Conveniencia en EE.UU. (dentro de la red de proveedores preferidos Essential)	100%

La Aseguradora pagará los gastos del tratamiento efectúen 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 del US\$ 50 • No sujeto a deducible	
Tratamiento en Cuarto de Urgencias por Accidente o Enfermedad Crítica Detallada La Aseguradora cubrirá los gastos médicamente necesarios por tratamiento recibido en el Cuarto de Urgencias, cuando este sea consecuencia de un Accidente o de una Enfermedad Crítica Detallada, siempre que la atención se brinde dentro del territorio de Panamá. Se considera Enfermedad Crítica Detallada únicamente a las condiciones médicas expresamente descritas en las Condiciones Generales de la póliza. • No aplica deducible	100%
Embarazo/parto En Panamá: planes 1,2,3, y 4 Fuera de Panamá: solo Plan 1, aplica 20% de coaseguro	Cobertura
Embarazo/parto – (período de espera de 10 meses): La Aseguradora pagará solamente a la Asegurada Titular, cónyuge o pareja dependiente los gastos derivados del embarazo, parto y complicaciones del embarazo, del parto y del recién nacido hasta el límite establecido en este beneficio al concluir el período de espera. Esta cobertura no aplica para ninguna otra asegurada dependiente. Para disfrutar de este beneficio, la asegurada dependiente que no sea cónyuge o pareja dependiente deberá optar por una póliza independiente donde sea la Asegurada Titular de forma previa al nacimiento de su hijo y la fecha estimada de parto sea por lo menos diez (10) meses calendario después de la fecha del inicio de vigencia para la respectiva asegurada. Exclusiones y restricciones: Consultar las Cláusulas 2.9, 2.14, 2.30 y 2.40.	
Parto normal en el hospital o clínica – En Panamá planes 1,2,3, y 4. Fuera de Panamá Solo Plan 1 (período de espera de 10 meses) La Aseguradora cubrirá a la Asegurada Titular, cónyuge o pareja dependiente No aplica deducible. El tratamiento de maternidad y parto incluye: • Cargos de hospitales, honorarios de equipo médico, obstetras y matronas por parto natural o cesárea electiva, • Cuidados post natales requeridos por la madre inmediatamente después del parto natural o cesárea electiva, como suturas. • Examen de detección prenatal genética no invasivo (detección de ADN fetal libre) • Hasta 7 días de cuidado rutinario para el recién nacido	US\$ 4,000
Cesárea electiva o médicamente necesaria – (período de espera de 10 meses) La Aseguradora cubrirá a la Asegurada Titular o cónyuge o pareja dependiente por gastos de hospital, honorarios del obstetra y otros honorarios médicos relacionados con el costo de parto por cesárea cuando la cesárea sea médicamente necesaria. No aplica deducible.	US\$ 4,000
Tratamiento pre y post natal – Aplica solo para los planes con cobertura de Maternidad (período de espera de 10 meses)	Cubierto bajo el beneficio de embarazo/parto

Una vez transcurridos los 10 meses cumplidos de cobertura continua bajo la póliza, la Aseguradora cubrirá a la Asegurada Titular, cónyuge o pareja dependiente por los cuidados de maternidad y tratamiento antes y después del parto.	
Complicaciones del embarazo y parto – Aplica solo para planes con cobertura de Maternidad (período de espera de 10 meses) La Aseguradora cubrirá a la Asegurada Titular, cónyuge o pareja dependiente por los gastos relacionados con cualquier tratamiento que sea médicamente necesario como resultado directo de complicaciones del embarazo o parto. No aplica deducible. Por complicaciones del embarazo o complicaciones del recién nacido durante el parto se entienden aquellas condiciones que solamente surgen como resultado directo del embarazo o parto; por ejemplo, preclamsia, amenaza de aborto espontáneo, diabetes gestacional, muerte fetal o del recién nacido. Este beneficio se encuentra sujeto a autorización previa de la Aseguradora. La asegurada deberá contactar a la Aseguradora para recibir autorización previa si es posible. Si requiere hospitalización de emergencia como resultado directo de complicaciones del embarazo o parto, la asegurada deberá comunicarse con la Aseguradora dentro de las 48 horas después de haber sido hospitalizada.	US\$ 250,000 de por vida
Transporte y Viajes	Cobertura (Aplica 20% de coaseguro para servicios fuera de Panamá)
Viajes de traslado La cobertura por evacuación cubre los gastos razonables de viaje de traslado del asegurado al lugar más cercano en donde pueda recibir tratamiento apropiado, cuando el tratamiento que necesita no está disponible en un lugar cercano. Para todos los traslados médicos y evacuaciones: • El asegurado debe contactar a la Aseguradora para recibir autorización previa antes de su traslado, • El tratamiento debe ser recomendado por el especialista o médico tratante del asegurado, • El tratamiento no debe estar disponible en un lugar cercano, • El tratamiento debe estar cubierto bajo esta póliza, • La Aseguradora coordinará el traslado con el asegurado, y • El beneficio aplica para tratamiento en hospital, tanto como paciente ambulatorio u hospitalizado. La evacuación exclusivamente (no la repatriación) podrá ser autorizada si el asegurado necesita imagenología avanzada o tratamiento contra el cáncer, como radioterapia o quimioterapia. La Aseguradora no es el proveedor de traslado y otros servicios establecidos en la sección de Viajes de traslado, pero coordinará estos servicios para el asegurado. En algunos países, la Aseguradora podrá usar a socios proveedores de servicios para coordinar estos servicios localmente, pero la Aseguradora siempre estará con el asegurado para apoyarle.	
Exclusiones y restricciones: • La Aseguradora no pagará por noches extra en el hospital cuando el asegurado ya no esté recibiendo tratamiento activo que requiera que esté hospitalizado; por ejemplo, cuando está esperando su vuelo de regreso. • La Aseguradora no aprobará un viaje de traslado que, dentro de la opinión razonable de la Aseguradora, sea inapropiado basado en prácticas médicas y clínicas establecidas. Adicionalmente, la Aseguradora se reserva el derecho de realizar una investigación del caso cuando sea razonable. La evacuación médica no será autorizada si va en contra de la recomendación del equipo médico de la Aseguradora. • La Aseguradora no podrá coordinar una evacuación médica cuando la situación local lo haga imposible, sea irrazonablemente peligroso, o el área lo haga impráctico; por ejemplo, una plataforma petrolera, dentro de una zona de guerra, en áreas geográficamente remotas, o rescate en alta montaña. Tales intervenciones dependen y están sujetas a los recursos disponibles local y/o internacionalmente y deberán permanecer dentro del marco nacional e internacional legal y regulatorio. Las intervenciones pueden estar sujetas al otorgamiento de autorizaciones requeridas que son emitidas por diversas autoridades involucradas, que podrán estar fuera del control o influencia de la Aseguradora o de nuestros socios proveedores de servicios. • La Aseguradora no será responsable por cualquier retraso o restricción en conexión con el viaje de traslado ocasionado por condiciones climatológicas, problemas mecánicos, restricciones impuestas por autoridad pública o por el piloto o cualquier otra condición fuera del control de la Aseguradora.	

- La Aseguradora solo pagará por los viajes de traslado coordinados y autorizados previamente por la Aseguradora. Los gastos de viaje de traslado cubiertos bajo esta póliza pero que no sean coordinados por la Aseguradora serán pagados por una cantidad equivalente a los costos que la Aseguradora habría pagado si la Aseguradora hubiera coordinado el traslado.

Exclusiones y restricciones:

Consultar las Cláusulas 2.49.

Evacuación médica

Evacuación médica hospitalaria: La Aseguradora cubrirá los gastos de viaje de traslado para una evacuación médica cuando el asegurado se encuentre hospitalizado para recibir atención médica (a causa de un accidente, enfermedad o dolencia aguda y seria), hacia la instalación médica más cercana con la infraestructura idónea para proveer el nivel de atención médica requerida, siempre y cuando el transporte por cualquier otro medio podría resultar en la pérdida de la vida o de la integridad física del asegurado.

La selección del centro de traslado médico más cercano por parte de La Aseguradora se realizará según la siguiente priorización:

1. Centro médico más cercano dentro del país donde el asegurado se encuentre hospitalizado y/o donde se encuentra el asegurado en el momento en que solicita el transporte o,
2. Centro médico más cercano en el país limítrofe con el país donde el asegurado se encuentre hospitalizado y/o donde se encuentra el asegurado en el momento en que solicita el transporte o,
3. Centro médico en otro país cercano dentro de la región donde el asegurado se encuentre hospitalizado y/o donde se encuentre el asegurado en el momento en que se solicita el transporte.
4. En el caso de evacuación médica a los Estados Unidos de América, se considerará el centro médico correspondiente en la ciudad más cercana al país donde se encuentre hospitalizado el asegurado y/o donde se encuentre el asegurado en el momento en que se solicita el transporte. La Aseguradora no autorizará traslados a otra ciudad de los Estados Unidos de América salvo que sea médicamente necesario debido a la disponibilidad de tratamiento en el centro más cercano.

El transporte de emergencia deberá ser realizado por una compañía de transporte certificada, autorizada en el país o región donde se brinde el servicio y debe ser aprobado por La Aseguradora. El vehículo o aeronave utilizado deberá contar con personal con entrenamiento médico y estar equipado para atender emergencias médicas.

Se deberá obtener autorización previa de la Aseguradora. La falta de autorización previa podrá dar lugar a la denegación de la cobertura.

Si el asegurado es transportado para recibir tratamiento, recibirá cobertura por los gastos del viaje de regreso al lugar de donde fue trasladado dentro de los catorce (14) días siguientes al final del tratamiento del asegurado, siempre y cuando el asegurado realice la Coordinación de Servicios para obtener una autorización previa, la falta de autorización previa podrá dar lugar a la denegación de la cobertura.

La Aseguradora cubrirá los costos para el viaje de regreso, únicamente del asegurado que fue evacuado, que sean más económicos entre:

- El costo razonable del viaje de regreso por tierra o por mar, o
- El costo de un boleto comercial por una aerolínea en clase turista.

La Aseguradora no pagará ningún otro costo relacionado con el traslado, como gastos de traslado diferentes a los aquí mencionados, gastos para acompañantes o el alojamiento de hotel.

US\$ 60,000

La Aseguradora no pagará ningún otro costo relacionado con el traslado, como gastos de traslado diferentes a los aquí mencionados. Exclusiones y restricciones: Consultar las Cláusulas 2.49.	
Ambulancia aérea local LA COMPAÑÍA cubrirá los gastos incurridos considerando los costos usuales, razonables y acostumbrados del área geográfica donde el gasto fue incurrido, para la debida atención médica del ASEGURADO por la utilización de los servicios de ambulancia aérea local utilizado para transportar al ASEGURADO: a. De la ubicación de un accidente o centro de esquí al hospital, o b. Para el traslado de un hospital a otro, siempre y cuando en el hospital en que se encuentre el asegurado no existan los niveles adecuados de atención requeridos para tratar la condición del asegurado Será procedente esta cobertura cuando: • La ambulancia aérea sea médicamente necesaria, • Sea utilizada para distancias cortas de hasta 100 millas/160 kilómetros, y • Esté relacionada al tratamiento cubierto que el asegurado necesite recibir en el hospital y • El tratamiento no esté disponible donde el asegurado esté hospitalizado y • Que la condición médica del asegurado no le permita viajar en ambulancia terrestre y/o en una aerolínea comercial de pasajeros; y • Que la Aseguradora haya aprobado el uso de la ambulancia aérea antes del inicio del vuelo. Se deberá obtener autorización previa de la Aseguradora. La falta de autorización previa podrá dar lugar a la denegación de la cobertura. Todo lo anterior siempre sujeto a los copagos, coaseguros, y deducibles, limitaciones y condiciones, que se establezcan las Condiciones Particulares y Generales de la Póliza vigentes en el área geográfica de cobertura y en el momento de la incurrencia del gasto. Exclusiones y restricciones: Consultar las Cláusulas 2.49.	100%
Ambulancia terrestre local La Aseguradora cubrirá los gastos por la utilización de los servicios de ambulancia terrestre local utilizada para transportar al asegurado: de la ubicación de un accidente al hospital, para el traslado de un hospital a otro, o de su casa al hospital Cuando una ambulancia terrestre local sea: • Médicamente necesaria, y • Relacionada al tratamiento cubierto y que el asegurado necesite recibir en el hospital • Este beneficio debe ser notificado a La Aseguradora hasta setenta y dos (72) horas después de la ocurrencia del evento. Exclusiones y restricciones: Consultar las Cláusulas 2.49.	100%
Repatriación de restos mortales	US\$ 5,000

La Aseguradora cubrirá los gastos razonables para el traslado en clase económica (carga) del cuerpo o restos mortales cremados del asegurado a su país de nacionalidad o a su país de residencia: • En el caso de su fallecimiento mientras esté fuera de su país de residencia, y • Sujeto a los requerimientos, servicios, suministros y restricciones de la aerolínea, necesarios para preparar y transportar el cuerpo. La Aseguradora sólo pagará por los arreglos reglamentarios, urna, embalsamamiento y ataúd de zinc cuando sea requerido por las autoridades de la aerolínea para poder llevar a cabo el traslado. La Aseguradora no pagará por ningún otro costo relacionado con el entierro o la cremación, el costo de ataúd para entierro, etc., ni los costos de traslado para que alguien recolecte o acompañe los restos mortales del asegurado. Los trámites deben ser aprobados y coordinados conjuntamente con USA Medical Services. Exclusiones y restricciones: Consultar las Cláusulas 2.49.	
Tratamiento Preventivo Examen de salud general (chequeo médico preventivo) US\$150 La Aseguradora pagará por un (1) examen de salud general (chequeo médico preventivo). No aplica deducible. El examen de salud general (chequeo médico preventivo) normalmente incluye varios exámenes de rutina realizados para evaluar el estado de salud, y que podrán incluir biometría hemática, química sanguínea, examen general de orina, tele de tórax, espirometría, electrocardiograma, y/o evaluación de riesgo cardíaco. Además, podrá incluir pruebas específicas para medir el riesgo de cáncer de mama, cervical, de próstata y colorrectal, así como pruebas de densidad ósea.	US\$ 150
Rehabilitación y Cuidados Paliativos	Cobertura (Aplica 20% de coaseguro para servicios fuera de Panamá)
Enfermería en casa La Aseguradora cubrirá los gastos de enfermería en casa para el asegurado después de su tratamiento en el hospital cubierto por esta póliza cuando: • Sea prescrito por el médico del asegurado, • Comience inmediatamente después de que el asegurado salga del hospital, • Reduzca la duración de la estadía del asegurado en el hospital, • Sea proporcionada por un(a) enfermero(a) profesional calificado(a) en casa del asegurado, y • Sea necesaria para proporcionar cuidados médicos, (no incluye cuidado asistencial). El asegurado deberá comunicarse con la Aseguradora para recibir autorización previa antes de recibir este beneficio. La Aseguradora se reserva el derecho de no pagar los gastos a menos de que la autorización previa haya sido otorgada. Exclusiones y restricciones: Consultar la Cláusula 2.26.	US\$ 200 por día hasta un máximo de 30 días
Cuidados paliativos para pacientes terminales Se entenderán como cuidados paliativos aquéllos que se otorgan a pacientes que no responden al procedimiento curativo y se encuentran en etapa terminal con una expectativa de vida de seis (6) meses o menos. Derivado de esta cobertura, LA COMPAÑIA pagará los servicios hasta por un máximo de doce (12) meses, si el	100%

ASEGURADO recibe un diagnóstico de enfermedad terminal y si ya no puede recibir tratamiento que conduzca a su recuperación. LA COMPAÑIA pagará solo por una de las siguientes opciones: 1. Servicios de centros especializados para pacientes terminales y de cuidados paliativos, el servicio consiste en: • Alojamiento en centro para pacientes terminales • Cuidados de enfermero(a) profesional calificado • Medicamentos recetados y terapias para disminuir el dolor corporal • Cuidados físicos, psicológicos, sociales y espirituales 2. Servicios de enfermería en casa para pacientes terminales y de cuidados paliativos, el servicio consiste en: • Cuidados de enfermero(a) profesional calificado ante la autoridad nacional competente donde se reciba el tratamiento o servicio, • Medicamentos recetados y terapias para disminuir el dolor corporal • Cuidados asistenciales proporcionado por un enfermero(a) profesional calificado Estos servicios deben ser aprobados con anticipación por la Aseguradora	
---	--

Rehabilitación (rehabilitación multidisciplinaria) La Aseguradora pagará por la rehabilitación multidisciplinaria como tratamiento ambulatorio o durante hospitalización, incluyendo habitación, alimentos y una combinación de terapias físicas, ocupacionales y de fonoaudiología. La Aseguradora sólo cubrirá los gastos por rehabilitación multidisciplinaria cuando: • Sea considerada médicamente necesaria como resultado de un tratamiento hospitalario o ambulatorio cubierto bajo la póliza para tratar dicha condición, después de revisar la información médica correspondiente, e • Inicie dentro de los 30 días siguientes al acontecimiento por el que se requiere la rehabilitación multidisciplinaria Nota: Para que la Aseguradora pueda otorgar una autorización previa, el especialista deberá proporcionar la información clínica completa del asegurado, incluyendo el diagnóstico, el tratamiento recibido o por recibir, y la fecha planeada o propuesta para darle de alta si el asegurado se encuentra internado para recibir rehabilitación. Exclusiones y restricciones: Consultar la Cláusula 2.26.	US\$ 100 por día hasta un máximo de 30 días (admitido o ambulatorio)
--	---

Beneficios Adicionales	Cobertura
Incorporación del recién nacido en la póliza Para que el recién nacido de un embarazo cubierto disfrute de cobertura bajo esta póliza sin necesidad de requisitos adicionales de evaluación de riesgo, el Asegurado Titular y/o contratante deberá presentar dentro de los primeros 90 días después del parto un acta o certificado de nacimiento que contenga el nombre completo del recién nacido, su sexo, talla y peso, la fecha de su nacimiento y el nombre de los padres. Si la notificación no es recibida durante los 90 días después del parto, se requerirá una solicitud de seguro de salud para incluir al recién nacido, la cual estará sujeta a evaluación de riesgo. La incorporación del recién nacido en la póliza queda sujeta a la obligación de pago de la prima correspondiente. La cobertura por complicaciones del recién nacido durante el parto está limitada al beneficio máximo descrito bajo el beneficio de “complicaciones del embarazo y parto”. Si el recién nacido nace de un embarazo no cubierto, se le podrá agregar a la póliza cumpliendo con la obligación de pago de la prima y el envío de una solicitud de seguro de salud, la cual estará sujeta a evaluación de riesgo por parte de la Aseguradora. Sin embargo, si alguno de los padres del recién nacido tiene por lo menos 10 meses cumplidos de cobertura continua en esta póliza, el recién nacido podrá ser dado de alta en la misma póliza sin evaluación de riesgo previa, siempre y cuando se presente el acta o certificado de nacimiento dentro de los primeros 90 días después del parto, excepto cuando el recién nacido es adoptado o ha nacido de una maternidad subrogada.	

Beneficio de segunda opinión quirúrgica

Si un cirujano ha recomendado que el asegurado sea sometido a un procedimiento quirúrgico que no sea de emergencia, el asegurado tendrá la opción de solicitar una segunda opinión quirúrgica si así lo desea. Dicha segunda opinión quirúrgica debe ser realizada por un médico seleccionado de común acuerdo entre el asegurado y la Aseguradora. En caso de que la segunda opinión quirúrgica contradiga o no confirme la necesidad de cirugía, la Aseguradora también cubrirá el costo de una tercera opinión quirúrgica de un médico seleccionado de común acuerdo entre el asegurado y la Aseguradora.

Cobertura extendida para dependientes elegibles debido al fallecimiento del Asegurado Titular

En caso de que fallezca el **Asegurado Titular**, la **Aseguradora** otorgará cobertura a los **asegurados dependientes** cubiertos bajo la **póliza** al momento del fallecimiento del **Asegurado Titular** durante 1 año sin costo alguno a partir del vencimiento pagado por el **Asegurado Titular**, si la causa de la muerte del **Asegurado Titular** se debió a un **accidente, enfermedad o dolencia** cubierto bajo esta **póliza**. Este beneficio aplica solamente a los **dependientes** cubiertos bajo la **póliza** existente y terminará automáticamente para el cónyuge o pareja sobreviviente si contrae matrimonio, o para los **dependientes** sobrevivientes que dejen de ser elegibles bajo esta **póliza** y/o para los cuales se haya emitido su propia **póliza** por separado.

ESTA COBERTURA NO SERÁ PROCEDENTE SI LOS BENEFICIARIOS DEL ASEGURADO TITULAR SOLICITAN LA DEVOLUCIÓN DE LA PRIMA NO DEVENGADA POR FALLECIMIENTO, Y DICHA DEVOLUCIÓN ES EFECTUADA EN TÉRMINOS DE LAS CONDICIONES GENERALES.

Código: PTY-ESS2026 Bupa Essential Care

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto están registradas ante la Superintendencia de Seguros y Reaseguros de Panamá, de conformidad con lo dispuesto en la Ley 12 de 2012, mediante Resolución N° DRLA – 045 de 27 mayo de 2026.