



Términos y Condiciones

BUPA UNIQUE CARE

BUPA DOMINICANA

ACUERDO

- 1.1 BUPA DOMINICANA, S.A.:** (de ahora en adelante denominada “la Aseguradora”) se compromete a pagar a usted (de ahora en adelante denominado “el asegurado principal”) los beneficios estipulados en esta póliza. Todos los beneficios están sujetos a los términos y condiciones de esta póliza.
- 1.2 DERECHO DE DIEZ (10) DÍAS PARA EXAMINAR LA PÓLIZA:** Esta póliza puede ser devuelta dentro de los diez (10) días siguientes a su recibo para el reembolso de todas las primas pagadas. La póliza puede ser devuelta a la Aseguradora o al agente del asegurado principal. De ser devuelta, la póliza será considerada nula como si nunca hubiese sido emitida.
- 1.3 AVISO IMPORTANTE SOBRE LA SOLICITUD:** Esta póliza es emitida en base a la solicitud de seguro de salud y al pago de la prima. Si alguna información en la solicitud está incorrecta o incompleta, o si se ha omitido alguna información, la póliza puede ser rescindida o cancelada, o la cobertura podrá ser modificada a la sola discreción de la Aseguradora.
- 1.4 ELEGIBILIDAD:** Esta póliza sólo puede ser emitida a residentes de la República Dominicana con una edad mínima de dieciocho (18) años (excepto para los dependientes elegibles) hasta un máximo de setenta y cuatro (74) años de edad. No hay edad máxima de renovación para asegurados ya cubiertos bajo esta póliza. Esta póliza no puede ser emitida a, y no está disponible para personas que residen permanentemente en los Estados Unidos de América. Los asegurados con visa de trabajo, visa de estudiante u otro tipo de estadía temporal en los Estados Unidos de América pueden recibir cobertura bajo ciertas condiciones siempre y cuando la residencia permanente del asegurado principal se mantenga fuera de los Estados Unidos de América. Por favor comuníquese con la Aseguradora o con su agente para obtener más información relacionada con su caso en particular. Los dependientes bajo esta póliza son aquéllos que han sido identificados en la solicitud de seguro de salud y para quienes se proporciona cobertura bajo la póliza. Los dependientes elegibles incluyen al cónyuge o compañero(a) doméstico(a) del asegurado principal, hijos biológicos, hijos adoptados legalmente, hijastros, menores de edad para quienes el asegurado principal ha sido designado representante legal por una corte de jurisdicción competente y nietos nacidos bajo la cobertura de la póliza que sean hijos de dependientes menores de dieciocho (18) años.

La cobertura está disponible para los hijos dependientes del asegurado principal hasta antes de cumplir los diecinueve (19) años, si son solteros, o hasta antes de cumplir los veinticuatro (24) años, si son solteros. La cobertura para dichos dependientes continúa hasta la siguiente fecha de aniversario de la póliza o la siguiente fecha de renovación, la que ocurra primero, después de cumplir los diecinueve (19) años de edad, si son solteros, o después de cumplir los veinticuatro (24) años de edad, si son solteros.

La cobertura para hijos o hijas dependientes con hijos terminará bajo la póliza de sus padres en la fecha de aniversario de la póliza luego de que el hijo o hija dependiente haya cumplido los dieciocho (18) años de edad, y deberán obtener cobertura para sí mismos y sus hijos bajo su propia póliza.

Si un(a) hijo(a) dependiente contrae matrimonio, o se muda a otro país de residencia, o si el(la) cónyuge dependiente deja de estar casado(a) con el asegurado principal por razón de divorcio o anulación, la cobertura para dicho dependiente terminará en la fecha del siguiente aniversario de la póliza o de la siguiente renovación, la que ocurra primero.

Un hijo dependiente que haya nacido en la póliza, y que sea catalogado como Adulto Dependiente según la definición detallada en estos Términos y Condiciones, podrá continuar con la cobertura de seguro bajo esta condición luego de cumplidos los 24 años de edad, para lo cual aplicarán las tarifas y beneficios correspondientes a una persona adulta para cada renovación. De igual manera le aplicarán las restricciones y limitaciones especificadas en la Tabla de Beneficios.

Los dependientes que estuvieron cubiertos bajo una póliza anterior con la Aseguradora y que son elegibles para cobertura bajo su propia póliza, serán aprobados sin necesidad de una evaluación de riesgo para una póliza con un deducible igual o mayor, bajo las mismas condiciones y restricciones existentes en la póliza anterior. La solicitud de seguro de salud del antiguo dependiente debe ser recibida antes de terminar el período de gracia de la póliza bajo la cual tuvo cobertura como dependiente.

- 1.5 REQUISITO DE NOTIFICAR A LA ASEGURADORA:** El asegurado debe notificar a la Aseguradora, por lo menos setenta y dos (72) horas antes de recibir cualquier cuidado médico. El tratamiento de emergencia debe ser notificado dentro de las setenta y dos (72) horas siguientes del inicio de dicho tratamiento. En caso de accidente, es obligación del asegurado notificar a la Aseguradora en el curso de las primeras setenta y dos (72) horas, salvo caso fortuito o fuerza mayor, debiendo notificarse tan pronto desaparezca el impedimento. La omisión de este trámite puede generar la negación del reclamo o la aplicación de los costos que hubiera tenido la Aseguradora en caso de haberse notificado el accidente a tiempo. Si el asegurado no se comunica con la Aseguradora como se establece en este documento, el asegurado será responsable por el treinta por ciento (30%) de todos los gastos cubiertos de médicos y hospital relacionados con la reclamación, además del deducible de su plan. Además, en caso de accidente, no corresponderá la eliminación del deducible si el asegurado no notifica como se establece previamente.

BENEFICIOS

NOTAS SOBRE LOS BENEFICIOS Y LIMITACIONES

- 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. Todas las cantidades están expresadas en dólares de los Estados Unidos de América.
- La póliza Bupa Unique Care proporciona cobertura dentro de la Red de Proveedores Bupa Unique. Fuera de la Red de Proveedores, la cobertura es al setenta por ciento (70%) de los gastos elegibles de acuerdo a los costos usuales, acostumbrados y razonables (UCR).
- Todos los reembolsos son procesados de acuerdo a las tarifas usuales, acostumbradas y razonables (UCR) por servicios médicos específicos. La cantidad UCR es la cantidad máxima que la Aseguradora considerará elegible para pago, ajustada para una región o área geográfica específica.
- La Tabla de beneficios es solamente un resumen de la cobertura. Los detalles completos de los términos y condiciones de la póliza se encuentran en las secciones de "Condiciones de la póliza", "Administración" y "Exclusiones y limitaciones".
- Cualquier diagnóstico o procedimiento terapéutico, tratamiento o beneficio está cubierto únicamente si es originado por una condición cubierta bajo esta póliza.
- Los asegurados deben notificar a la Aseguradora antes de comenzar cualquier tratamiento.
- Toda hospitalización y tratamiento que se lleve a cabo en un hospital debe realizarse dentro de nuestra Red de Proveedores Bupa Unique Care.
- Todos los beneficios están sujetos a cualquier deducible aplicable, a menos que se indique lo contrario.
- Ni la Aseguradora ni ninguna de sus filiales o subsidiarias pertinentes relacionadas participarán en transacciones con cualquier parte o país donde dichas transacciones estén prohibidas por las leyes de los Estados Unidos de América. Por favor comuníquese con la Aseguradora para obtener más información sobre esta restricción.

TABLA DE BENEFICIOS

A PARTIR DEL 1 DE ENERO DE 2023

Cobertura máxima por asegurado, por año póliza	US\$2.5 millones
Beneficios y limitaciones por hospitalización (Fuera de la red, cobertura al 70%)	Cobertura
Servicios hospitalarios: habitación y alimentación (privada/semi-privada) <ul style="list-style-type: none"> Estándar Unidad de cuidados intensivos 	100%
Honorarios médicos y de enfermería	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%
Cama para acompañante de menor de edad hospitalizado, por día (máximo US\$1,000 por hospitalización)	US\$100
Beneficios y limitaciones por tratamiento ambulatorio (Fuera de la red, cobertura al 70%)	Cobertura
Cirugía ambulatoria	100%
Visitas a médicos y especialistas	100%
Consultas psicológicas y/o psiquiátricas (15 consultas)	Máximo US\$500 al año
Medicamentos por receta: <ul style="list-style-type: none"> Después de una hospitalización o cirugía ambulatoria (por un máximo de 6 meses) Tratamiento ambulatorio o sin hospitalización (sujeto al 20% de coaseguro) 	100% US\$3,000
Procedimientos de diagnóstico (patología, exámenes de laboratorio, radiografías, resonancia magnética, tomografía computarizada, tomografía por emisión de positrones (PET scan), ultrasonido, endoscopia)	100%
Reconocimiento médico de rutina <ul style="list-style-type: none"> Periodo de espera 10 meses No aplica deducible 	US\$150
Fisioterapia y servicios de rehabilitación (máximo de 60 sesiones por año póliza; deben ser pre-aprobadas)	100%
Atención médica en el hogar (máximo de 90 días por año póliza; deben ser pre-aprobados)	US\$300
Tratamiento en centros de atención de urgencias y clínicas de conveniencia La Aseguradora pagará los gastos derivados de los tratamientos en 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. <ul style="list-style-type: none"> Sujeto a un copago de US\$50 No aplica deducible 	100%
Vacunas (medicamente requeridas) <ul style="list-style-type: none"> No aplica deducible Sujeto a 20% de coaseguro 	US\$300

Beneficios y limitaciones por maternidad (Fuera de la red, cobertura al 70%)	Cobertura
Embarazo, maternidad y parto, por embarazo (incluye parto normal, parto complicado, parto por cesárea, vitaminas requeridas durante el embarazo, el tratamiento pre- y post-natal, incluyendo examen de detección prenatal genética no invasivo (detección de ADN fetal libre) y las visitas para el cuidado del recién nacido saludable) <ul style="list-style-type: none"> • Período de espera de 10 meses • No aplica deducible • Excepto planes 4 y 5 • Almacenamiento de sangre de cordón umbilical 	US\$5,000
Cobertura provisional del recién nacido (por un máximo de 90 días después del parto) <ul style="list-style-type: none"> • Solamente para embarazos cubiertos • No aplica deducible 	US\$12,000
Complicaciones del embarazo, la maternidad y el parto <ul style="list-style-type: none"> • Período de espera de 10 meses • Excepto planes 4 y 5 	US\$500,000

Beneficios y limitaciones por evacuación médica	Cobertura
Evacuación médica de emergencia: <ul style="list-style-type: none"> • Ambulancia aérea • Ambulancia terrestre • Viaje de regreso • Repatriación de restos mortales Estos servicios deben ser pre-aprobados y coordinados por la Aseguradora.	US\$30,000 100% 100% US\$10,000

Otros beneficios y limitaciones (Fuera de la red, cobertura al 70%)	Cobertura
Tratamiento del cáncer (quimioterapia/radioterapia/trasplante de médula ósea)	100%
Insuficiencia renal terminal (diálisis)	100%
Procedimientos de trasplante (por diagnóstico, de por vida)	US\$400,000
Condiciones congénitas y/o hereditarias: <ul style="list-style-type: none"> • Diagnosticadas antes de los 18 años de edad (máximo de por vida) • Diagnosticadas a los 18 años de edad o después 	US\$150,000 100%
Brazos y piernas artificiales (máximo de por vida US\$120,000)	US\$30,000
Tratamientos especiales (prótesis, implantes, aparatos y dispositivos ortóticos, equipo médico durable, radioterapia, quimioterapia y medicamentos altamente especializados)	100%
Sala de emergencias	100%
Cobertura dental de emergencia	100%
Residencia y cuidados paliativos	100%

**OPCIONES SUPLEMENTARIAS CON LA COMPRA DEL ANEXO
(no incluidas automáticamente)**

Beneficios y limitaciones para cobertura opcional	Cobertura
Anexo de cobertura adicional para procedimientos de trasplante de órganos, tejido o células (por asegurado, por diagnóstico, de por vida) <ul style="list-style-type: none"> Período de espera de 6 meses a partir de la fecha de vigencia del anexo 	US\$500,000
Anexo de cobertura adicional para complicaciones perinatales y del embarazo no relacionadas con condiciones congénitas o hereditarias (por anexo) <ul style="list-style-type: none"> Período de espera de 10 meses a partir de la fecha de vigencia del anexo Solo para planes 4 y 5 	US\$500,000
Anexo de cobertura para eliminación del deducible en República Dominicana en caso de hospitalización, cirugía ambulatoria, quimioterapia ambulatoria, radioterapia ambulatoria, diálisis ambulatoria y emergencias con o sin internamiento. (Las tarifas varían de acuerdo al plan)	100%

CONDICIONES DE LA PÓLIZA

BENEFICIOS Y LIMITACIONES POR HOSPITALIZACIÓN

2.1 SERVICIOS HOSPITALARIOS: Se proporciona cobertura solamente cuando la hospitalización es médicamente necesaria.

- (a) La habitación estándar privada o semi-privada y alimentación en el hospital están cubiertas al cien por ciento (100%) de las tarifas usuales, acostumbradas y razonables dentro de la Red de Proveedores Bupa Unique.
- (b) La habitación en la unidad de cuidados intensivos y la alimentación en el hospital están cubiertas al cien por ciento (100%) de las tarifas usuales, acostumbradas y razonables dentro de la Red de Proveedores Bupa Unique.
- (c) Los honorarios del anestesiólogo se pagarán de acuerdo con:
 - i. El treinta por ciento (30%) de los gastos usuales, acostumbrados y razonables del cirujano principal para el procedimiento quirúrgico, o
 - ii. El treinta por ciento (30%) de los honorarios aprobados para el cirujano principal por el procedimiento quirúrgico, o
 - iii. Las tarifas especiales establecidas por Bupa para un área o país determinado.
- (d) Los honorarios del cirujano asistente se pagarán de acuerdo con:
 - i. El veinte por ciento (20%) de los gastos usuales, acostumbrados y razonables del cirujano principal para el procedimiento quirúrgico, o
 - ii. El veinte por ciento (20%) de los honorarios aprobados para el cirujano principal por el procedimiento quirúrgico, o
 - iii. Las tarifas especiales establecidas por Bupa 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 veinte por ciento (20%) de los honorarios del cirujano principal para el procedimiento quirúrgico.

2.2 HONORARIOS MÉDICOS Y DE ENFERMERÍA: Los honorarios de médicos, cirujanos, anestesistas, cirujanos asistentes, especialistas y cualquier otro honorario médico o de enfermería solamente están cubiertos cuando son médicamente necesarios durante la cirugía o tratamiento. Los honorarios médicos y de enfermería están limitados al menor de:

- (a) Los honorarios usuales, acostumbrados y razonables para el procedimiento, o
- (b) Tarifas especiales establecidas por la Aseguradora para un área o país determinado.

2.3 MEDICAMENTOS POR RECETA: Los medicamentos prescritos durante una hospitalización están cubiertos al cien por ciento (100%).

2.4 RED DE PROVEEDORES BUPA UNIQUE: La póliza Bupa Unique ofrece cobertura dentro de la Red de Proveedores Bupa Unique. Si el Asegurado recibe tratamiento fuera de la Red de Proveedores, la cobertura será al setenta por ciento (70%) de los gastos cubiertos.

- (a) La lista de hospitales y médicos en la Red de Proveedores Bupa Unique está disponible a través de la Aseguradora y puede cambiar en cualquier momento sin previo aviso.
- (b) Para asegurar que el proveedor de servicios médicos forme parte de la Red de Proveedores Bupa Unique, todo tratamiento deberá ser coordinado por la Aseguradora.
- (c) No existe restricción sobre los hospitales que el asegurado puede utilizar en la República Dominicana.

2.5 ACOMPAÑANTE DE UN MENOR DE EDAD HOSPITALIZADO: Los cargos incluidos en la factura del hospital por concepto de cama para acompañante de un dependiente hospitalizado menor de dieciocho (18) años se pagarán hasta un máximo de cien dólares (US\$100) por día, con un máximo de mil dólares (US\$1,000) por hospitalización.

BENEFICIOS Y LIMITACIONES POR PROCEDIMIENTOS AMBULATORIOS

3.1 CIRUGÍA AMBULATORIA: Los procedimientos quirúrgicos ambulatorios realizados en un hospital, clínica o consultorio médico están cubiertos de acuerdo a lo especificado en la Tabla de beneficios. Estas cirugías permiten que el paciente regrese a casa el mismo día que se realiza el procedimiento.

3.2 SERVICIOS AMBULATORIOS: Solamente se proporciona cobertura cuando el servicio es médicamente necesario.

3.3 MEDICAMENTOS POR RECETA: Los medicamentos por receta que hayan sido prescritos por primera vez después de una hospitalización o cirugía ambulatoria por una condición médica cubierta bajo esta póliza están cubiertos por un período máximo de seis (6) meses continuos después de la fecha de alta o de la cirugía. Se deberá incluir con la reclamación una copia de la receta del médico que atiende al asegurado.

Los medicamentos por receta prescritos para un tratamiento ambulatorio o sin hospitalización relacionados con una condición médica cubierta bajo esta póliza están limitados a un beneficio máximo de tres mil dólares (US\$3,000) por asegurado, por año póliza. Se deberá incluir con la reclamación una copia de la receta del médico que atiende al asegurado.

- (a) Un coseguro del veinte por ciento (20%) aplica a todos los gastos.
- (b) El ochenta por ciento (80%) de todos los gastos cubiertos, hasta el límite máximo, será aplicado primero contra el pago del deducible. Cuando los gastos excedan el valor del deducible, la Aseguradora pagará la diferencia entre la cantidad de gastos aplicada al deducible y el límite de beneficio para cubrir medicamentos por receta.

3.4 FISIOTERAPIA Y SERVICIOS DE REHABILITACIÓN: Las sesiones de fisioterapia y servicios de rehabilitación deberán ser aprobadas con anticipación. Se cubrirá un período inicial de hasta treinta (30) sesiones si son aprobadas con anticipación por la Aseguradora. Cualquier extensión de hasta treinta (30) sesiones deberá ser aprobada con anticipación o la reclamación será denegada. Este beneficio está limitado a un máximo de sesenta (60) sesiones por año póliza. Se deberá presentar evidencia médica y un plan de tratamiento actualizado para obtener cada aprobación. Una sesión puede incluir múltiples disciplinas, tales como

terapia física, terapia ocupacional y terapia del habla si son programadas juntas como una sesión, o serán consideradas como sesiones separadas si son programadas en diferentes días u horas.

- 3.5 ATENCIÓN MÉDICA EN EL HOGAR:** Se cubrirá un período inicial de hasta treinta (30) días, con un máximo de trescientos dólares (US\$300) por día siempre y cuando sea aprobado con anticipación por la Aseguradora. Cualquier extensión en incrementos de hasta treinta (30) días también deberá ser aprobada con anticipación, o la reclamación será denegada. El beneficio está limitado a un máximo de noventa (90) días por incidente, por año póliza hasta un máximo de trescientos dólares (US\$300) por día. Para obtener cada aprobación es necesario presentar evidencia actualizada de la necesidad médica y el plan de tratamiento.
- 3.6 VACUNAS:** La compañía cubrirá los gastos por el costo y aplicación de las vacunas médicamente requeridas, según el programa nacional de vacunación (niños y adultos), incluyendo vacuna del Virus del Papiloma Humano (VPH) para proteger contra el cáncer cervical, vacuna contra la influenza (gripe), vacunas legalmente exigidas para viajes vacunas contra el neumococo, y medicinas contra la malaria.
- 3.7 CONSULTAS PSICOLÓGICAS Y/O PSIQUIÁTRICAS:** Se cubrirán 15 visitas al especialista para consultas psicológicas y/o psiquiátricas, siempre y cuando no dependan de una condición primaria, hasta el monto máximo de quinientos dólares (US\$500) por año póliza.

BENEFICIOS Y LIMITACIONES POR MATERNIDAD

4.1 EMBARAZO, MATERNIDAD Y PARTO: (Excepto planes 4 y 5)

- (a) El beneficio máximo es de cinco mil dólares (US\$5,000) por cada embarazo cubierto, sin deducible, para la respectiva asegurada.
- (b) Los tratamientos pre- y post-natal, incluyendo examen de detección prenatal genética no invasivo (detección de ADN fetal libre), las vitaminas requeridas durante el embarazo, parto normal, parto por cesárea, el cuidado para el recién nacido saludable, y el almacenamiento de sangre de cordón umbilical están incluidos dentro del beneficio máximo por embarazo estipulado en esta póliza.
- (c) Este beneficio aplica para embarazos cubiertos. Los embarazos cubiertos son aquéllos para los que la fecha estimada de parto es por lo menos diez (10) meses calendario después de la fecha efectiva de cobertura para la respectiva asegurada.
- (d) Además de lo anterior, las siguientes condiciones relacionadas con el embarazo, la maternidad y el parto aplican a los hijos e hijas dependientes y sus hijos. En la fecha de aniversario después de que el hijo o hija dependiente cumpla los dieciocho (18) años de edad, él o ella deberá obtener cobertura para sí mismo(a) y su hijo(a) bajo su propia póliza individual si desea mantener la cobertura para su hijo(a). El o ella deberá presentar una notificación por escrito, la cual será aprobada sin evaluación de riesgo para un producto con cobertura de embarazo, maternidad y parto igual o menor, con un deducible igual o mayor, y con las mismas condiciones y restricciones en vigor bajo la póliza anterior.
- (e) Para ser elegible para recibir cobertura por embarazo, maternidad y parto, la hija dependiente asegurada de dieciocho (18) años o más deberá presentar notificación del embarazo por escrito. Dicha notificación deberá ser recibida antes de la fecha del parto, y será aprobada sin evaluación de riesgo para un producto con cobertura de embarazo, maternidad y parto igual o mayor, con un deducible igual o mayor, y con las mismas condiciones y restricciones en vigor bajo la póliza anterior. Si no hay interrupción en la cobertura, el período de espera de diez (10) meses calendario para la póliza de la hija será reducido por el tiempo que ella haya estado cubierta bajo la póliza de sus padres.
- (f) Las complicaciones del embarazo, la maternidad y el parto no están cubiertas bajo este beneficio, ya que están limitadas al beneficio máximo descrito en la condición 4.3.

4.2 COBERTURA DEL RECIÉN NACIDO:

(a) Cobertura provisional:

Si nace de un embarazo cubierto, el recién nacido tendrá cobertura automática por complicaciones del nacimiento y por cualquier lesión o enfermedad durante los primeros noventa (90) días de vida después del parto, hasta un máximo de doce mil dólares (US\$12,000) sin deducible.

Si nace de un embarazo no cubierto, el recién nacido no tendrá cobertura provisional.

(b) Cobertura permanente:

i. Adición automática: Para incluir al recién nacido en la póliza de los padres sin evaluación de riesgo, la póliza de los padres debe haber estado vigente durante por lo menos diez (10) meses calendario consecutivos. Para incluir al recién nacido, se deberá presentar dentro de los noventa (90) días después del parto copia del certificado de nacimiento que incluya el nombre completo, sexo y fecha de nacimiento del recién nacido. Si no se recibe el certificado de nacimiento dentro de los noventa (90) días después del parto, deberá llenarse una Solicitud de Seguro de Salud Individual para la adición, la cual estará sujeta a evaluación de riesgo. La prima correspondiente a la adición debe pagarse al momento de la notificación del nacimiento. La cobertura con el deducible correspondiente entrará entonces en vigor a partir de la fecha del nacimiento hasta el límite máximo de la póliza.

ii. Adición no-automática: La adición de hijos que hayan nacido antes de que la póliza de sus padres haya estado vigente durante al menos diez (10) meses calendario consecutivos está sujeta a evaluación de riesgo. Para incluir al hijo en la póliza de sus padres, se deberá llenar una Solicitud de Seguro de Salud Individual y presentarse junto con el certificado de nacimiento y el pago de la prima correspondiente a la adición.

La adición de hijos adoptados, hijos nacidos como resultado de tratamientos de fertilidad, e hijos nacidos por maternidad subrogada está sujeta a evaluación de riesgo. Se deberá presentar una Solicitud de Seguro de Salud Individual y copia del certificado de nacimiento, y la adición estará sujeta a los procedimientos estándares de evaluación de riesgo.

(c) El cuidado del recién nacido saludable está cubierto tal y como se describe en el 4.1 (b).

4.3 COMPLICACIONES DEL EMBARAZO, LA MATERNIDAD Y EL PARTO: (Excepto planes 4 y 5): Las complicaciones del embarazo, la maternidad y/o del recién nacido durante el parto (no relacionadas a condiciones congénitas o hereditarias), tales como prematuridad, bajo peso al nacer, hiperbilirrubinemia (ictericia), hipoglucemia, déficit respiratorio, y traumatismo durante el parto estarán cubiertas como sigue:

(a) Un beneficio máximo de por vida de quinientos mil dólares (US\$500,000) por póliza, el cual incluye cualquier otro beneficio ya pagado bajo cualquier otro plan y/o anexo adicional de Bupa.

(b) Este beneficio solamente aplicará si se cumplen todas las estipulaciones bajo las condiciones 4.1 y 4.2 de esta póliza.

(c) Este beneficio no aplica para complicaciones relacionadas a cualquier condición excluida o no cubierta bajo esta póliza, incluyendo pero no limitado a complicaciones de la maternidad o del recién nacido durante el parto que surjan de un embarazo que sea resultado de cualquier tipo de tratamiento de fertilidad o cualquier tipo de procedimiento de fertilidad asistida, o de embarazos en los cuales la fecha del parto se lleve a cabo durante los diez (10) meses calendario del período de espera para el beneficio de maternidad.

(d) Los embarazos ectópicos y los abortos involuntarios están cubiertos bajo el total máximo de este beneficio.

(e) Para propósitos de esta póliza, el parto por cesárea no es considerado una complicación del embarazo, maternidad y parto.

- (f) Las complicaciones causadas por una condición cubierta que ha sido diagnosticada antes del embarazo, y/o cualquiera de sus consecuencias, serán cubiertas de acuerdo con los límites de esta póliza.

Se ofrece la opción de un anexo de cobertura adicional para cubrir complicaciones del embarazo, la maternidad y el parto, para la madre y el recién nacido, solamente para los Planes 4 y 5. Sin embargo, este anexo de cobertura adicional no está disponible para hijos(as) dependientes.

BENEFICIOS Y LIMITACIONES POR EVACUACIÓN MÉDICA

5.1 EVACUACIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA: El transporte de emergencia (por ambulancia terrestre o aérea) solamente será cubierto si está relacionado a una condición cubierta para la cual no puede proporcionarse tratamiento localmente, y el transporte por cualquier otro medio podría resultar en la pérdida de la vida o de la integridad física. El transporte de emergencia hacia la instalación médica más cercana deberá ser realizado por una compañía de transporte certificada y autorizada. El vehículo o aeronave utilizado deberá contar con personal con entrenamiento médico y estar equipado para atender emergencias médicas.

Transporte por ambulancia aérea:

- Todo transporte por ambulancia aérea debe ser aprobado con anticipación y coordinado por la Aseguradora.
- La cantidad máxima pagadera por este beneficio es de treinta mil dólares (US\$30,000) por asegurado, por año póliza.
- El asegurado se compromete a mantener a la Aseguradora y a cualquier otra compañía afiliada con la Aseguradora o con la Aseguradora por medio de formas similares de propiedad o administración, libres de responsabilidad por cualquier negligencia que resulte de tales servicios, negligencia que resulte por demoras o restricciones en los vuelos causadas por el piloto o por problemas mecánicos, restricciones gubernamentales, o debido a condiciones operacionales.
- Si el asegurado es transportado para recibir tratamiento, él/ella y la persona acompañante, si aplica, recibirán reembolso por los gastos del viaje de regreso al lugar de donde el asegurado fue evacuado. El viaje de regreso deberá llevarse a cabo no más de noventa (90) días después de que haya finalizado el tratamiento. Solamente se proporciona cobertura por los gastos de viaje equivalentes al valor de un boleto aéreo en clase económica, como máximo, por persona. Los servicios de transporte deberán ser pre-aprobados y coordinados por la Aseguradora.

5.2 REPATRIACIÓN DE RESTOS MORTALES: En caso de que el asegurado fallezca fuera de su país de residencia, la Aseguradora cubrirá hasta diez mil dólares (US\$10,000) por la repatriación de los restos mortales al país de residencia del fallecido, siempre y cuando la muerte sea resultado de una condición cubierta bajo los términos de esta póliza. La cobertura está limitada solamente a aquellos servicios y suministros necesarios para preparar y transportar el cuerpo al país de residencia del asegurado. Los trámites deben ser coordinados conjuntamente con la Aseguradora.

OTROS BENEFICIOS Y LIMITACIONES

6.1 CONDICIONES CONGÉNITAS Y/O HEREDITARIAS: La cobertura para condiciones congénitas y/o hereditarias bajo esta póliza es como sigue:

- El beneficio máximo para cobertura de condiciones que se manifiesten antes de que el asegurado cumpla los dieciocho (18) años de edad es de ciento incuenta mil dólares (US\$150,000) por asegurado, de por vida, incluyendo cualquier otro beneficio ya pagado bajo alguna otra póliza o anexo adicional de Bupa, después de satisfacer el deducible correspondiente.
- La cobertura para condiciones que se manifiesten en el asegurado a los dieciocho (18) años de edad o después, será igual al límite máximo de esta póliza después de satisfacer el deducible correspondiente.

(c) El beneficio comienza una vez que la condición congénita y/o hereditaria ha sido diagnosticada por un médico. El beneficio es retroactivo a cualquier período previo a la identificación de la condición actual.

6.2 BRAZOS Y PIERNAS ARTIFICIALES: Este beneficio cubre brazos, manos, piernas y pies artificiales hasta un máximo de treinta mil dólares (US\$30,000) por asegurado, por año póliza, con un límite máximo de ciento veinte mil dólares (US\$120,000) de por vida. El beneficio incluye todos los costos asociados con el procedimiento, incluyendo cualquier terapia relacionada con el uso del nuevo dispositivo artificial.

Los brazos y piernas artificiales serán cubiertos cuando el paciente es capaz de alcanzar funcionalidad o actividad ambulatoria por medio del uso de la prótesis y/o brazo o pierna artificial, y si el paciente no sufre una condición cardiovascular, neuromuscular o del aparato locomotor que sea significativa y pueda llegar a afectar o ser afectada negativamente por el uso del dispositivo artificial (por ejemplo, una condición que impida al paciente caminar normalmente).

Las reparaciones del dispositivo artificial están cubiertas solamente cuando sean necesarias debido a cambios anatómicos o de funcionalidad o debido a desgaste por uso normal, que hagan que el dispositivo no funcione, y cuando dicha reparación devuelva la funcionalidad del equipo.

La sustitución del dispositivo artificial está cubierta solamente cuando cambios anatómicos o de funcionalidad o desgaste por uso normal hagan que el dispositivo no funcione y no pueda ser reparado. La cobertura inicial, las reparaciones y/o sustituciones de los brazos y piernas artificiales deben ser pre-aprobadas por la Aseguradora.

6.3 TRATAMIENTOS ESPECIALES: Las prótesis, los dispositivos ortóticos (implantados durante cirugía), el equipo médico durable, los implantes, la radioterapia, la quimioterapia, y los siguientes medicamentos altamente especializados: Interferón beta-1a, Interferón peguilado alfa 2a, Interferón beta-1b, Etanercept, Adalimumab, Bevacizumab, Cyclosporine A, Azathioprine, y Rituximab están cubiertos pero deben ser aprobados y coordinados con anticipación por la Aseguradora. Si los tratamientos especiales no son notificados previamente, serán pagados o reembolsados al costo usual, acostumbrado y razonable que hubiese incurrido la Aseguradora. Para información sobre la cobertura de brazos y piernas artificiales, por favor vea la condición 6.2.

6.4 TRATAMIENTO DENTAL DE EMERGENCIA: Solamente tendrá cobertura bajo esta póliza el tratamiento dental de emergencia que resulte de un accidente cubierto y se lleve a cabo dentro de los noventa (90) días siguientes a dicho accidente.

6.5 RESIDENCIA Y CUIDADOS PALIATIVOS: El alojamiento en residencias para pacientes terminales y los tratamientos y servicios paliativos están cubiertos al cien por ciento (100%) para aquellos pacientes terminales con una expectativa de vida de seis (6) meses o menos, y que necesitan atención física, psicológica y social, así como la instalación o adaptación de equipos especiales, servicios de enfermería y medicamentos por receta. Estos servicios deben ser aprobados con anticipación por la Aseguradora.

6.6 DEFORMIDAD DE LA NARIZ Y DEL TABIQUE NASAL: Cuando la deformidad de la nariz o del tabique nasal ha sido causada por trauma en un accidente cubierto, el tratamiento quirúrgico estará cubierto solamente si es aprobado con anticipación por la Aseguradora. La evidencia del trauma en forma de fractura deberá ser confirmada por medios radiográficos (radiografía, tomografía computarizada, etc.).

6.7 CONDICIONES PREEXISTENTES: Las condiciones preexistentes se clasifican en dos (2) categorías:

- (a) Las que son declaradas al momento de llenar la solicitud de seguro de salud:
 - i. Éstas estarán cubiertas, acorde a los criterios de aprobación por parte de la Aseguradora. Las mismas se detallan en sus documentos de póliza al momento de su aprobación y no estarán sujetas a un período de espera, salvo condiciones específicas establecidas en los beneficios de su plan y póliza contratada.

- (b) Las que no son declaradas al momento de llenar la solicitud de seguro de salud: Estas condiciones preexistentes NUNCA estarán cubiertas durante el tiempo en que la póliza se encuentre en vigor. Además, la Aseguradora se reserva el derecho de rescindir, cancelar o modificar la póliza en base a la omisión de dicha información por parte del asegurado.

6.8 PROCEDIMIENTOS DE TRASPLANTE: La cobertura para el trasplante de órganos, células y tejido humano se ofrece únicamente dentro de la Red de Proveedores para Procedimientos de Trasplante de la Aseguradora. No se proporcionará cobertura fuera de la Red de Proveedores para Procedimientos de Trasplante de la Aseguradora. La cantidad máxima pagadera por este beneficio es de cuatrocientos mil dólares (US\$400,000) por asegurado, por diagnóstico, de por vida, después de satisfacer el deducible. Los trasplantes de médula ósea derivados de un diagnóstico de cáncer serán cubiertos bajo el beneficio de cáncer. Este beneficio de cobertura para procedimientos de trasplante comienza en el momento en que la necesidad de trasplante ha sido determinada por el médico, ha sido certificada por una segunda opinión médica o quirúrgica, y ha sido aprobada por la Aseguradora, y está sujeto a todos los términos, condiciones y exclusiones de la póliza.

Este beneficio incluye:

- (a) Cuidado antes del trasplante, incluyendo todos los servicios directamente relacionados con la evaluación de la necesidad del trasplante, evaluación del asegurado para el procedimiento de trasplante, y preparación y estabilización del asegurado para el procedimiento de trasplante.
- (b) Reconocimiento médico pre-quirúrgico, incluyendo exámenes de laboratorio, radiografías, tomografías computarizadas, imágenes de resonancia magnética, ultrasonidos, biopsias, medicamentos y suministros.
- (c) Los costos de la obtención, transporte y extracción de órganos, células o tejido, incluyendo el almacenamiento de médula ósea, células madre, o sangre del cordón umbilical están cubiertos hasta un máximo de cuarenta mil dólares (US\$40,000) por diagnóstico, el cual está incluido como parte del beneficio máximo para el trasplante. Los procedimientos de preparación del donante, incluyendo pruebas de compatibilidad de donantes potenciales están incluidos en este beneficio.
- (d) La hospitalización, cirugías, honorarios de médicos y cirujanos, anestesia, medicamentos, y cualquier otro tratamiento necesario durante el procedimiento de trasplante.
- (e) El cuidado post-operatorio, incluyendo pero no limitado a cualquier tratamiento de seguimiento médicamente necesario después del trasplante, y cualquier complicación que resulte después del procedimiento de trasplante, ya sea consecuencia directa o indirecta del mismo.
- (f) Medicamentos o medidas terapéuticas necesarios para asegurar la viabilidad y permanencia del órgano, célula o tejido humano trasplantado.
- (g) Cuidado médico en el hogar, cuidados de enfermería (por ejemplo, cuidado de la herida, infusiones, evaluaciones, etc.), transporte de emergencia, atención médica, visitas médicas, transfusiones, suministros, o medicamentos relacionados con el trasplante.

Se ofrece la opción de un anexo de cobertura adicional para procedimientos de trasplante.

EXCLUSIONES Y LIMITACIONES

Esta póliza no proporciona cobertura o beneficios en ninguno de los siguientes casos:

- 7.1 GASTOS RELACIONADOS CON TRATAMIENTOS NO CUBIERTOS:** El tratamiento de cualquier enfermedad o lesión, o cualquier gasto que resulte de cualquier tratamiento, servicio o suministro:
- (a) Que no sea médicamente necesario, o
 - (b) Para un asegurado que no se encuentre bajo los cuidados de un médico, doctor o profesional acreditado, o
 - (c) Que no sea autorizado o recetado por un médico o doctor, o
 - (d) Que está relacionado con el cuidado asistencial, o
 - (e) Que se lleva a cabo en un hospital, pero para el cual no es necesario el uso de instalaciones hospitalarias.

Cualquier exclusión particular de la póliza excluye de cobertura todo servicio médico para el área, órgano y/o sistema implicado en dicha exclusión. Por tanto, nunca tendrá cobertura bajo esta póliza, independientemente de cuál sea la causa primaria y/o secundaria, sea la causa primaria y/o secundaria, incluyendo pero no limitando causas mórbidas y/o accidentes.

- 7.2 LESIONES AUTO INFLIGIDAS, SUICIDIO, SUICIDIO FALLIDO Y/O USO NOCIVO O PELIGROSO DE ALCOHOL, DROGAS Y/O MEDICINAS:** Cualquier cuidado o tratamiento debido a lesiones, enfermedades o dolencias auto infligidas por el propio asegurado o un tercero a solicitud del asegurado, suicidio, suicidio fallido, u ocasionadas por culpa grave del asegurado por el uso de alcohol, drogas no prescritas médicamente, drogas recreativas, sustancias ilegales o psicotrópicas, o el uso ilegal de sustancias controladas. Esto incluye cualquier accidente o complicación resultante de cualquiera de los estados anteriores. En casos de accidentes en vehículos o transportes motorizados (por ejemplo, automóviles, motos, camiones, lanchas, barcos, etc.) en los que el asegurado esté involucrado como conductor y que resulten en un ingreso hospitalario o por sala de urgencias, la Aseguradora se reserva el derecho de solicitar una prueba de drogas y/o alcohol en la sangre al momento de recibir la primera atención médica y/o los reportes correspondientes de las autoridades competentes para completar el dictamen. Se excluye la cobertura cuando el nivel de alcohol en la sangre sea mayor al límite establecido por la ley correspondiente en el lugar donde ocurrió el accidente o cuando los exámenes de sangre muestren la presencia de drogas ilegales.

- 7.3 EXÁMENES DE RUTINA Y DISPOSITIVOS PARA OJOS Y OÍDOS:** Exámenes de rutina de ojos y oídos, dispositivos para la audición, anteojos, lentes de contacto, queratotomía radial, y/o cualquier otro procedimiento para corregir desórdenes de refracción visual, excepto cuando se especifique cobertura en su Tabla de Beneficios.

- 7.4 MEDICINA ALTERNATIVA:** Tratamiento quiropráctico, homeopático, acupuntura, o cualquier tipo de medicina alternativa.

- 7.5 TRATAMIENTO DURANTE EL PERÍODO DE ESPERA GENERAL:** Cualquier enfermedad o lesión que no haya sido causada por un accidente o enfermedad de origen infeccioso que se haya manifestado por primera vez dentro de los primeros sesenta (60) días desde la fecha efectiva de la póliza.

- 7.6 CIRUGÍA O TRATAMIENTO COSMÉTICO:** La cirugía cosmética o el tratamiento médico cuyo propósito principal es el embellecimiento, a menos que sea requerido debido al tratamiento de una lesión, deformidad o enfermedad que compromete la funcionalidad y que se haya manifestado por primera vez estando el asegurado cubierto bajo esta póliza. Esta exclusión también aplica a cualquier tratamiento quirúrgico de deformidades nasales o del tabique nasal que no hayan sido causadas por trauma.

- 7.7 CONDICIONES PREEXISTENTES:** Cualquier gasto relacionado con condiciones preexistentes, excepto como se define y estipula en esta póliza.

- 7.8 TRATAMIENTO EXPERIMENTAL O NO APROBADO PARA USO GENERAL:** Cualquier tratamiento, servicio o suministro que no esté científica o médicamente reconocido o aprobado para la condición diagnosticada, o que sea considerado experimental y/o no aprobado para uso general por la Administración de Drogas y Alimentos de los Estados Unidos de América (FDA).
- 7.9 TRATAMIENTO EN HOSPITALES PÚBLICOS:** Tratamiento en cualquier hospital público, o cualquier gasto incurrido si el asegurado tiene derecho a cuidados gratuitos. Servicio o tratamiento por el cual no habría que pagar de no existir una cobertura de seguro, o epidemias que han sido puestas bajo la dirección de una autoridad gubernamental.
- 7.10 ENFERMEDADES MENTALES Y DESÓRDENES DE LA CONDUCTA:** Procedimientos de diagnóstico o tratamiento psiquiátrico a menos que sean resultado de una condición cubierta. Las enfermedades mentales y/o los desórdenes de la conducta o del desarrollo, el síndrome de fatiga crónica, apnea del sueño, y cualquier otro desorden del sueño.
- 7.11 GASTOS QUE EXCEDAN UCR:** Cualquier porción de cualquier gasto que exceda lo usual, acostumbrado y razonable por el servicio o suministro en particular para el área geográfica o el nivel apropiado del tratamiento que se ha recibido.
- 7.12 COMPLICACIONES DE CONDICIONES NO CUBIERTAS:** El tratamiento o servicio por cualquier condición médica, mental o dental relacionada con, o que resulte como complicación de dichos servicios médicos, mentales o dentales, u otras condiciones específicamente excluidas por una enmienda, o no cubiertas bajo esta póliza.
- 7.13 TRATAMIENTO DENTAL NO RELACIONADO A UN ACCIDENTE CUBIERTO:** Cualquier tratamiento o servicio dental no relacionado con un accidente cubierto, o después de noventa (90) días de la fecha de un accidente cubierto.
- 7.14 LESIONES RELACIONADAS A ACTIVIDADES POLICIALES O MILITARES:** Tratamiento de lesiones que resulten mientras el asegurado preste servicio como integrante de la policía o de una unidad militar, o por participación en guerra, motín, conmoción civil, o cualquier actividad ilegal, incluyendo el encarcelamiento resultante.
- 7.15 VIH/SIDA:** Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), VIH positivo, o enfermedades relacionadas con el SIDA.
- 7.16 ADMISIÓN ELECTIVA AL HOSPITAL:** La admisión electiva por más de veintitrés (23) horas antes de una cirugía programada, excepto cuando sea aprobada por escrito por la Aseguradora.
- 7.17 TRATAMIENTO REALIZADO POR FAMILIAR INMEDIATO:** Tratamiento que haya sido realizado por el cónyuge, los padres, hermanos o hijos de cualquier asegurado bajo esta póliza.
- 7.18 MEDICAMENTOS DE VENTA LIBRE O SIN RECETA:** Cualquier medicamento, ya sea de venta libre o no, que no cuente con una receta médica, así como tampoco lo siguiente:
- Los medicamentos que no sean médicamente necesarios, incluyendo cualquier medicamento administrado en conexión con un servicio o suministro que no sea médicamente necesario.
 - Cualquier medicamento o dispositivo anticonceptivo, excepto cuando su propósito principal no sea con fines anticonceptivos y la condición o diagnóstico a ser tratada, cuenta con cobertura dentro de los términos y condiciones de su póliza.
 - Los medicamentos o vacunas para prevenir alergias.
 - Los medicamentos para tratar la dependencia al tabaco.
 - Los medicamentos cosméticos, aunque sean recetados para propósitos no-cosméticos.
 - Medicamentos administrados en el mismo momento y lugar donde se prescribió la receta médica.
 - Los cargos por suministrar, administrar o inyectar medicamentos.

- (h) El resurtimiento de una receta médica que sobrepase el número de resurtimientos prescritos por el médico, o que se haga más de un año después de cuando se prescribió la última receta.
- (i) Dispositivos, aparatos o sueros terapéuticos inyectables, incluyendo suministros para colostomía y prendas de soporte, independientemente del uso que se pretenda darles.
- (j) Supositorios de progesterona.

7.19 EQUIPO DE RIÑÓN ARTIFICIAL PERSONAL: Equipo de riñón artificial personal o para uso residencial, excepto cuando sea aprobado por escrito por la Aseguradora.

7.20 ALMACENAMIENTO DE TEJIDO Y/O CÉLULAS: Almacenamiento de médula ósea, células madre u otro tipo de tejido o célula, excepto sangre de cordón umbilical y almacenamiento de tejido como parte de un procedimiento de trasplante cubierto, tal como está estipulado bajo las condiciones de esta póliza. Los costos relacionados con la adquisición e implantación de un corazón artificial, otros órganos artificiales o de animales, y todos los gastos relacionados con la criopreservación por más de veinticuatro (24) horas de duración.

7.21 TRATAMIENTO RELACIONADO A RADIACIÓN O CONTAMINACIÓN NUCLEAR: Lesiones o enfermedades causadas por, o relacionadas con, radiación ionizada, polución o contaminación, radioactividad proveniente de cualquier material nuclear, desecho nuclear, o la quema de combustible nuclear o artefactos nucleares.

7.22 EXÁMENES Y CERTIFICADOS MÉDICOS: Cualquier examen médico o estudio de diagnóstico que forme parte de un examen físico de rutina, y la emisión de certificados médicos, y exámenes con el propósito de demostrar la capacidad del asegurado para trabajar o viajar.

7.23 TRATAMIENTO PARA LA OBESIDAD: Tratamientos para o como resultado de obesidad o el control de peso, incluyendo suplementos alimenticios, medicamentos o asesoría nutricional, excepto cuando se especifique cobertura en su Tabla de Beneficios.

7.24 TRATAMIENTO PARA LA ESTIMULACIÓN DEL CRECIMIENTO: Tratamiento con un estimulador de crecimiento óseo, estimulación del crecimiento óseo, o tratamiento relacionado con la hormona del crecimiento, independientemente de la razón para la receta médica.

7.25 CONDICIONES RELACIONADAS AL SEXO, LA SEXUALIDAD Y LAS ENFERMEDADES TRANSMITIDAS SEXUALMENTE: Cualquier gasto por reasignación de sexo, disfunción sexual incluyendo pero no limitado a impotencia y cualquier otra enfermedad transmitida sexualmente.

7.26 TRATAMIENTOS DE FERTILIDAD E INFERTILIDAD: Cualquier tipo de tratamiento o procedimiento de fertilidad e infertilidad, incluyendo pero no limitado a ligadura de trompas, vasectomía y cualquier otro procedimiento electivo de carácter permanente para prevenir el embarazo, así como la reversión de esterilización voluntaria, la inseminación artificial, y la maternidad subrogada.

7.27 COMPLICACIONES DE TRATAMIENTOS DE FERTILIDAD E INFERTILIDAD: Complicaciones de la maternidad como resultado de cualquier tipo de tratamiento de fertilidad e infertilidad o procedimiento de fertilidad asistida.

7.28 TRATAMIENTO RELACIONADO CON LA MATERNIDAD DURANTE EL PERÍODO DE ESPERA: Todo tratamiento a una madre o un recién nacido que sea relacionado con la maternidad durante el período de espera de diez (10) meses para la cobertura del cuidado del embarazo y la maternidad.

7.29 ABORTO: La terminación voluntaria del embarazo, a menos que la vida de la madre se encuentre en peligro inminente.

7.30 CUIDADO PODIÁTRICO: Cuidado podiátrico cosmético, o que no sea médicamente necesario, así como pedicura, zapatos especiales y soportes de cualquier tipo o forma y/o cuidado podiátrico para tratar desordenes funcionales de los pies, excepto cuando se especifique cobertura en su Tabla de Beneficios.

7.31 TRATAMIENTO DE LA MANDÍBULA: Cualquier gasto asociado con el tratamiento del maxilar superior, la mandíbula, y/o el conjunto de músculos, nervios y otros tejidos relacionados con la articulación mandibular que haya sido causado por

una condición dental, un tratamiento dental anterior, y/o sus complicaciones, incluyendo pero no limitado a cualquier diagnóstico donde la condición principal sea dental.

7.32 ALIMENTOS, COMPLEMENTOS Y SUPLEMENTOS: Cualquier alimento, complemento o suplemento alimenticio, incluyendo vitaminas y fórmula infantil, aun cuando hayan sido prescritos a asegurados con enfermedades o condiciones cubiertas bajo la póliza, cualquiera que sea la causa, excepto cuando ésa sea la única forma de alimentación posible para mantener la vida del paciente, o cuando se especifique cobertura en la Tabla de Beneficios.

7.33 ENFERMEDADES EPIDÉMICAS Y PANDÉMICAS: El tratamiento de, o que surja como resultado de, cualquier enfermedad epidémica y/o pandémica y las vacunas, los medicamentos o los tratamientos preventivos para, o relacionados con, cualquier enfermedad epidémica y/o pandémica no están cubiertos, excepto las vacunas que se especifican en el beneficio de vacunas o en su Tabla de Beneficios.

7.34 ACTOS NEGLIGENTES: Las afectaciones del estado de salud del ASEGURADO a consecuencia de actos negligentes, imprudentes y temerarios o como resultado del incumplimiento por parte del ASEGURADO de las leyes, regulaciones y/o normativas aplicables o por actos u omisiones contrarias a las advertencias o instrucciones de uso de bienes y servicios.

ADMINISTRACIÓN

GENERAL

8.1 AUTORIDAD: Ningún agente tiene la autoridad para cambiar la póliza o exonerar ninguna de sus condiciones. Después de que la póliza ha sido emitida, ningún cambio será válido a menos que sea aprobado por escrito por un director o el jefe de evaluación de riesgos de la Aseguradora, y tal aprobación sea avalada por una enmienda a la póliza.

8.2 MONEDA: Todos los valores monetarios mencionados en esta póliza están expresados en dólares de los Estados Unidos de América (US\$).

8.3 CONTRATO COMPLETO/CONTROLADOR: La póliza (este documento), la solicitud de seguro de salud, el certificado de cobertura, y cualquier enmienda o anexo adicional, constituyen el contrato completo entre las partes.

PÓLIZA

9.1 EMISIÓN DE LA PÓLIZA: La póliza se considerará emitida o entregada al recibo de la misma por el asegurado principal en República Dominicana.

9.2 PERÍODO DE ESPERA GENERAL: Esta póliza contempla un período de espera general de sesenta (60) días. Por lo que el asegurado no contará con ningún beneficio, solamente estarán cubiertas las enfermedades y lesiones causadas por un accidente que ocurra dentro de este período, o aquellas enfermedades de origen infeccioso que se manifiesten por primera vez durante este período. Algunos beneficios también contemplan períodos de espera específicos, los cuales están establecidos en su Tabla de Beneficios de la Póliza.

9.3 COMIENZO Y FIN DE LA COBERTURA: Sujeto a las condiciones de esta póliza, los beneficios comienzan en la fecha efectiva de la póliza, no en la fecha en que se solicitó la cobertura. La cobertura comienza a la 00:01 Hora Estándar de República Dominicana en la fecha efectiva de la póliza, y termina a las 24:00 horas, Hora Estándar de República Dominicana:

- (a) En la fecha de expiración de la póliza, o
- (b) Por falta de pago de la prima, o
- (c) A solicitud por escrito del asegurado principal para terminar su cobertura,
o

- (d) A solicitud por escrito del asegurado principal para terminar la cobertura para algún dependiente, o
- (e) Por notificación por escrito de la Aseguradora, según se establece en las condiciones de esta póliza.

La vigencia de esta póliza se encuentra condicionada a que la Aseguradora reciba el pago total de la prima dentro de los diez (10) días calendario contados a partir de la suscripción de la presente póliza por el asegurado, conforme a las estipulaciones del presente contrato y los acuerdos de pago que se pudieran haber formalizado a tal fin. Aun en caso de que exista un convenio de pago, la vigencia de la póliza no excederá de la fecha que alcance, calculada a prorrata la prima realmente pagada. El pago total del monto de la prima implica la aceptación expresa por parte de Bupa de las condiciones impresas y lo consignado en las declaraciones de la presente póliza y sus anexos.

9.4 MODALIDAD DE LA PÓLIZA: Todas las pólizas son consideradas pólizas anuales. Las primas deberán ser pagadas anualmente, a menos que la Aseguradora autorice otra modalidad de pago.

9.5 CAMBIO DE PRODUCTO O PLAN: El asegurado principal puede solicitar un cambio de producto o plan en la fecha del aniversario de la póliza. Éste debe ser notificado por escrito y recibido antes de la fecha de aniversario. Cuando el Asegurado Titular y/o contratante solicite un cambio de producto o plan, aplican las siguientes condiciones:

- (a) Los beneficios ganados por antigüedad del asegurado no se verán afectados siempre y cuando el nuevo producto o plan los contemple. Si el producto o plan anterior no contemplaba un beneficio incluido en el nuevo producto o plan, se debe cumplir el período de espera específico establecido en la Tabla de Beneficios de su póliza.
- (b) Para el pago de siniestros relacionados con una enfermedad o lesión que no haya sido causada por un accidente o enfermedad de origen infeccioso que ocurran durante los sesenta (60) días calendario siguientes a la fecha efectiva del cambio, se aplicará el menor de los beneficios pagaderos entre el nuevo producto o plan y el producto o plan anterior.
- (c) Para el pago de beneficios relacionados con la maternidad, complicaciones de maternidad y cobertura del recién nacido que ocurran durante los diez (10) meses siguientes a la fecha efectiva del cambio, se aplicará el menor de los beneficios pagaderos entre el nuevo producto o plan y el producto o plan anterior.
- (d) Para el pago de siniestros relacionados con beneficios con sumas aseguradas de por vida que ocurran durante los seis (6) meses siguientes a la fecha efectiva del cambio, se aplicará el menor de los beneficios pagaderos entre el nuevo producto o plan y el producto o plan anterior.
- (e) Los beneficios con sumas aseguradas de por vida que ya hayan tenido siniestros pagados bajo la cobertura del producto o plan anterior, serán disminuidos en la proporción del gasto ya erogado. Cuando el total del beneficio en el nuevo producto o plan es menor que la cantidad ya pagada bajo el beneficio en el producto o plan anterior, el beneficio se considera exhausto y ya no corresponderá cobertura bajo el nuevo producto o plan.
- (f) No obstante lo anterior, Bupa podrá llevar a cabo los procedimientos de suscripción correspondientes cuando el Asegurado Titular y/o contratante solicite cambio de plan, beneficios, deducibles o suma asegurada.

9.6 CAMBIO DEL PAÍS DE RESIDENCIA: El asegurado debe notificar por escrito a la Aseguradora si cambia su país de residencia dentro de los treinta (30) días siguientes al cambio. Un cambio en el país de residencia podrá resultar en la modificación de la cobertura, deducible, o prima según el área geográfica, sujeto a los procedimientos de la Aseguradora.

9.7 CESE DE LA COBERTURA DESPUÉS DE LA TERMINACIÓN DE LA PÓLIZA: En caso de que una póliza sea terminada por cualquier motivo, la cobertura cesa en la fecha efectiva de terminación, y la Aseguradora sólo será responsable por

tratamientos cubiertos bajo los términos de la póliza que se hayan llevado a cabo antes de la fecha efectiva de terminación de la misma. No hay cobertura para ningún tratamiento que ocurra después de la fecha efectiva de terminación, independientemente de cuándo se presentó por primera vez la condición o cuánto tratamiento adicional pueda ser necesario.

9.8 REEMBOLSOS: Si el asegurado principal cancela la póliza después de que ésta ha sido emitida, rehabilitada o renovada por cualquier razón bajo los términos de la póliza, la Aseguradora reembolsará la prima no devengada prorrateada de los meses no consumidos de la póliza menos los cargos administrativos y honorarios correspondientes. De la misma forma, si la Aseguradora cancela la póliza por cualquier razón bajo los términos de la póliza, la Aseguradora reembolsará la porción no devengada prorrateada de los meses no consumidos de la póliza menos los cargos administrativos y honorarios.

9.9 EXONERACIÓN DEL PERÍODO DE ESPERA GENERAL: la Aseguradora exonerará el período de espera solamente si:

- (a) El asegurado tuvo cobertura continua bajo un seguro de gastos médicos de otra compañía durante por lo menos un (1) año, y
- (b) La fecha efectiva de la póliza se encuentra dentro de los sesenta (60) días después de que ha expirado la cobertura anterior, y
- (c) El asegurado ha informado sobre la cobertura anterior en la solicitud de seguro de salud, y
- (d) la Aseguradora recibe la póliza anterior y copia del recibo de pago de la prima del último año de cobertura, junto con la solicitud de seguro de salud.

Si se exonera el período de espera, los beneficios pagaderos por cualquier condición que se manifieste durante los primeros sesenta (60) días de cobertura están limitados al menor de los beneficios provistos bajo esta póliza o la póliza anterior, mientras esta póliza esté en vigencia.

Esta exoneración del período de espera general no procede para beneficios cubiertos con períodos de espera específicos.

9.10 EXTENSIÓN DE COBERTURA PARA DEPENDIENTES ELEGIBLES DEBIDO AL FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO PRINCIPAL: En caso de que fallezca el asegurado principal, la Aseguradora proporcionará cobertura continua a los dependientes sobrevivientes bajo esta póliza durante un (1) año sin costo alguno, si la causa de la muerte del asegurado principal se debe a una condición cubierta bajo esta póliza. Este beneficio aplica solamente a los dependientes cubiertos bajo la póliza existente, y terminará automáticamente para el cónyuge, concubina o compañero(a) doméstico(a) sobreviviente si contrae matrimonio, o para los dependientes sobrevivientes que no sean elegibles bajo esta póliza y/o para quienes se haya emitido una póliza propia. Esta extensión de cobertura no aplica para ningún anexo de cobertura opcional. La extensión de cobertura entra en vigencia a partir de la próxima fecha de renovación o de aniversario, la que ocurra primero, después del fallecimiento del asegurado principal.

9.11 CONFIDENCIALIDAD Y PROTECCION DE DATOS PERSONALES: La confidencialidad de la información de pacientes y asegurados es una prioridad de la Aseguradora y sus compañías afiliadas. La Aseguradora toma la confidencialidad de la información personal de sus asegurados muy seriamente. Con este fin, la Aseguradora cumple particularmente con las leyes de protección de la información y los reglamentos de confidencialidad médica que sean aplicables a los servicios que brinda en relación con la póliza, incluyendo las regulaciones sobre confidencialidad médica y la ley de protección de datos personales vigentes en la República Dominicana y además también (en su caso) la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 de los Estados Unidos de América ("HIPAA", por sus siglas en inglés) y sus reglamentos. Toda actividad de tratamiento de sus datos personales por parte de la Aseguradora se llevará a cabo siempre con sujeción a nuestro aviso de privacidad que, para el producto y/o servicio que es regulado por este condicionado general, aparece publicado en nuestra página www.bupasalud.com.do.

La Aseguradora puede en ocasiones usar los servicios de terceros para realización procesos que pueden conllevar el tratamiento de datos personales. Tales procesos podrían llevarse a cabo fuera de su jurisdicción, en países en donde posiblemente no se ofrezca el mismo nivel de protección regulatoria en materia de protección de datos personales. No obstante, en todos los casos los terceros a quienes podamos darles acceso a información personal están sujetos a estrictas obligaciones contractuales de su cargo, y que están destinadas a que se preserve/resguarde debidamente la confidencialidad y la seguridad de la información personal a la que tales terceros puedan tener acceso, por medio de la Aseguradora.

Si el contratante y/o el asegurado principal se transfiere a otro seguro ofrecido por cualquiera de nuestras afiliadas, entonces la Aseguradora compartirá con tal afiliada: la información médica y la información de reclamaciones e historial de la póliza del Contratante y/o Asegurado Titular/Principal, así como también la de sus dependientes.

La Aseguradora podrá compartir la información de los dependientes asegurados con el contratante y/o con el respectivo asegurado principal por medio del cual los dependientes (actuales o propuestos) hayan sido presentados a la Aseguradora para fines de que sean incorporados bajo los beneficios de cobertura de la póliza. La información de dependientes antes referida y que puede ser compartida incluye, entre otra, información acerca de beneficios recibidos, reclamaciones pagadas, cantidad de deducible cubierto, y cuando corresponda, cualquier historial médico que pueda impactar en la prestación de beneficios cubiertos.

El contratante y/o los asegurados puede obtener más información sobre las políticas de privacidad de la Aseguradora, en www.bupasalud.com.do.

RENOVACIONES

- 10.1 PAGO DE LA PRIMA:** El asegurado principal es responsable del pago a tiempo de la prima. La prima es pagadera en la fecha de renovación de la póliza o en cualquier otra fecha de vencimiento que haya sido autorizada por la Aseguradora. Los avisos de pago de primas son enviados como una cortesía, y la Aseguradora no garantiza la entrega de los mismos. Si el asegurado no ha recibido un aviso de pago de prima treinta (30) días antes de la fecha de vencimiento, y no sabe el monto del pago de su prima, el asegurado deberá comunicarse con su agente o directamente con la Aseguradora. El pago también puede efectuarse en línea en www.bupasalud.com.
- 10.2 CAMBIO DE TARIFA DE PRIMAS:** La Aseguradora se reserva el derecho de cambiar la prima en cada fecha de renovación. Este derecho será ejercido solamente en base a "clase" en la fecha de renovación de cada póliza y sujeto a previa autorización de la superintendencia de seguros.
- 10.3 PERÍODO DE GRACIA:** Si el pago de la prima no es recibido en la fecha de su vencimiento, la Aseguradora concederá un período de gracia de treinta (30) días a partir de la fecha establecida para que la prima sea pagada. Si la prima no es recibida por la Aseguradora antes del final del período de gracia, esta póliza y todos sus beneficios se considerarán terminados en la fecha original del vencimiento de la prima. Ningún beneficio será proporcionado durante el período de gracia.
- 10.4 CANCELACIÓN O NO RENOVACIÓN DE LA PÓLIZA:** la Aseguradora se reserva el derecho de cancelar, modificar, o rescindir inmediatamente la póliza si se descubre que las declaraciones en la solicitud de seguro de salud son falsas, incompletas o que se ha cometido fraude, provocando que la Aseguradora aprobara una solicitud cuando si hubiese contado con la información correcta o completa, la Aseguradora habría emitido una póliza con cobertura restringida o habría declinado proporcionar cobertura.

Si el asegurado cambia su país de residencia, y el plan actual del asegurado no está disponible en su nuevo país de residencia, la Aseguradora se reserva el derecho de no renovar la póliza o de modificar sus tarifas, deducibles o beneficios, general y específicamente, para poder ofrecerle al asegurado una cobertura de seguro lo más equivalente posible.

El envío de una reclamación fraudulenta es también motivo para la rescisión o cancelación de la póliza.

La Aseguradora se reserva el derecho de cancelar, no renovar, o modificar una póliza en base al “bloque”, según se define en esta póliza. La Aseguradora ofrecerá cobertura lo más equivalente posible al asegurado. Ningún asegurado individual será penalizado independientemente con la cancelación o modificación de la póliza, en base solamente a un historial desfavorable de reclamaciones.

10.5 REHABILITACIÓN: Si la póliza no fue renovada durante el período de gracia, puede ser rehabilitada durante los siguientes sesenta (60) días de haberse terminado el período de gracia, a discreción de la Aseguradora, siempre y cuando el asegurado proporcione nueva evidencia de elegibilidad, la cual consistirá de una nueva solicitud de seguro de salud y cualquier otra información o documento requerido por la Aseguradora. La póliza no podrá ser rehabilitada después de noventa (90) días de la fecha efectiva de terminación de la misma.

RECLAMACIONES

11.1 DIAGNÓSTICO: Para que una condición sea considerada como una enfermedad o desorden cubierto bajo esta póliza, se requieren copias de los resultados de laboratorio, radiografías, o cualquier otro reporte o resultado de exámenes clínicos en los que el médico se ha basado para hacer un diagnóstico positivo.

11.2 SOLICITUD DE UNA SEGUNDA OPINIÓN QUIRÚRGICA: Si un cirujano ha recomendado que el asegurado sea sometido a un procedimiento quirúrgico que no sea de emergencia, el asegurado debe notificar a la Aseguradora por lo menos setenta y dos (72) horas antes del procedimiento programado. Si la Aseguradora considera que es necesaria una segunda opinión quirúrgica, ésta debe ser realizada por un médico seleccionado y coordinado por la Aseguradora. Solamente estarán cubiertas las segundas opiniones quirúrgicas requeridas y coordinadas por 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 entre el asegurado y la Aseguradora. Si la segunda o tercera opinión quirúrgica confirman la necesidad de cirugía, los beneficios por dicha cirugía serán pagados de acuerdo a lo establecido en esta póliza.

SI EL ASEGURADO NO OBTIENE UNA SEGUNDA OPINIÓN QUIRÚRGICA REQUERIDA, ÉL/ELLA SERÁ RESPONSABLE POR EL TREINTA POR CIENTO (30%) DE TODOS LOS GASTOS CUBIERTOS DE MÉDICOS Y HOSPITALES RELACIONADOS CON LA RECLAMACIÓN, ADEMÁS DEL DEDUCIBLE.

11.3 DEDUCIBLE:

(a) Todos los asegurados bajo la póliza están sujetos al pago de un deducible dentro del país de residencia y otro fuera del país de residencia, por cada año póliza, según el plan seleccionado por el asegurado principal. Cuando corresponda, la cantidad del deducible pertinente es aplicada por asegurado, por año póliza antes de que los beneficios sean pagaderos o reembolsados al asegurado. Todas las cantidades correspondientes al pago de deducibles se acumulan hasta un total máximo por póliza equivalente a la suma de dos deducibles individuales. Todos los asegurados bajo la póliza contribuyen para alcanzar las cantidades máximas de los deducibles dentro y fuera del país de residencia. Una vez que las cantidades máximas correspondientes al deducible por póliza han sido alcanzadas, la aseguradora considerará como alcanzada también la responsabilidad individual de cada asegurado por concepto de deducible.

(b) Los gastos elegibles incurridos por el asegurado durante los últimos tres (3) meses del año póliza que sean utilizados para acumular al deducible correspondiente para ese año, serán aplicados al deducible del asegurado para el siguiente año póliza, siempre que no existan gastos elegibles incurridos dentro de los primeros nueve (9) meses del año póliza. En caso de

que el beneficio sea otorgado para aplicar el deducible del asegurado para el siguiente año póliza, y posteriormente el asegurado presente reclamaciones o solicitudes de reembolso por gastos elegibles durante los primeros nueve (9) meses del año póliza, el beneficio otorgado será revertido, y el asegurado será responsable del pago del deducible del siguiente año póliza.

- (c) En caso de un accidente serio que requiera hospitalización inmediata, no se aplicará ningún deducible por el período de la primera hospitalización únicamente. El deducible correspondiente se aplicará a cualquier hospitalización subsiguiente.
- (d) En caso de accidente serio que requiera hospitalización inmediata, no se aplicará ningún deducible por el período de la primera hospitalización únicamente. El deducible correspondiente se aplicará a cualquier hospitalización subsiguiente. Es obligación del asegurado notificar el accidente a la Aseguradora en el curso de las primeras setenta y dos (72) horas de ocurrido el evento. No corresponderá la eliminación del deducible si el asegurado no notifica como se establece previamente.

11.4 PRUEBA DE RECLAMACIÓN: El asegurado deberá someter prueba escrita de la reclamación, consistiendo dicha prueba de las facturas originales detalladas, expedientes médicos, y el formulario de solicitud de reembolso debidamente llenado y firmado, los cuales deben ser enviados a la Aseguradora a la Av. Winston Churchill, No. 1099 Acrópolis Center, 3er. Nivel, Piantini, Santo Domingo, dentro de los ciento ochenta (180) días siguientes a la fecha del tratamiento o servicio. Sin excepción, para considerarse como válidas, todas las facturas deberán cumplir con los requisitos fiscales y legales vigentes en el país donde se prestó el servicio. La Aseguradora se reserva el derecho de solicitar copia del comprobante de pago correspondiente. El no cumplir con esta condición resultará en la denegación de la reclamación. Se requiere completar un formulario de solicitud de reembolso por cada incidente para todas las reclamaciones presentadas. En el caso de las reclamaciones relacionadas con accidentes automovilísticos, se requieren los siguientes documentos para revisión: informes policiales, constancia de cobertura del seguro principal, informe médico del tratamiento de emergencia y resultado de las pruebas de toxicología. En caso que el Asegurado no esté de acuerdo con lo determinado por la Aseguradora en relación a algún reclamo (cerrado) o en caso de que la aseguradora necesite información adicional, tendrá hasta 180 días a partir de la fecha de emisión de la explicación de beneficios para presentar dicha información. Los formularios de solicitud de reembolso son proporcionados junto con la póliza; también pueden obtenerse comunicándose con su agente o con la Aseguradora a la dirección anteriormente mencionada, o en nuestro sitio en la red: www.bupasalud.com. La tasa de cambio utilizada para procesar pagos de facturas emitidas en otras monedas que no sean dólares americanos, será determinada según la fecha de prestación del servicio, a discreción de la aseguradora. Adicionalmente, la aseguradora se reserva el derecho de efectuar el pago o reembolso en la moneda en que se facturó el servicio o tratamiento. Para que los beneficios sean pagaderos bajo esta póliza, los hijos dependientes que ya hayan cumplido los diecinueve (19) años de edad, deberán presentar una declaración por escrito firmada por el asegurado principal confirmando que dichos hijos dependientes son solteros.

11.5 PAGO DE RECLAMACIONES: La Aseguradora tiene como política efectuar pagos directos a médicos y hospitales en todo el mundo. Cuando esto no sea posible, la Aseguradora reembolsará al asegurado principal la cantidad menor entre la tarifa contractual acordada entre el proveedor y la Aseguradora y la tarifa usual, acostumbrada y razonable para esa área geográfica en particular. Cualquier cargo o parte de un cargo en exceso de estas cantidades será responsabilidad del asegurado. En caso de que el asegurado principal fallezca, la Aseguradora pagará cualquier beneficio pendiente de pago al beneficiario o heredero del asegurado principal. La Aseguradora deberá recibir la información médica y no médica requerida para determinar la compensación antes de: 1) Aprobar un pago directo, o 2) Reembolsar al asegurado principal.

Ni la Aseguradora ni ninguna de sus filiales o subsidiarias pertinentes relacionadas participarán en transacciones con cualquier parte o país donde dichas transacciones estén prohibidas por las leyes de los Estados Unidos de América. Por favor comuníquese con la Aseguradora para obtener más información sobre esta restricción.

En caso que el Asegurado no esté de acuerdo con lo determinado por la Aseguradora en relación a algún reclamo (cerrado) o en caso de que la aseguradora necesite información adicional, tendrá hasta 180 días a partir de la fecha de emisión de la explicación de beneficios para presentar dicha información.

11.6 COORDINACIÓN DE BENEFICIOS: Si el asegurado tiene cobertura bajo otra póliza que ofrece ben eficios también cubiertos bajo esta póliza, dichos beneficios serán coordinados.

Todas las reclamaciones incurridas en el país de residencia deberán ser presentadas en primera instancia contra la otra póliza. Esta póliza sólo pagará beneficios cuando los beneficios pagaderos bajo la otra póliza hayan sido pagados y agotados.

Fuera del país de residencia, Bupa Dominicana, S.A. funcionará como la principal aseguradora, y retiene el derecho de recaudar el pago de cualquier otra aseguradora.

La siguiente documentación es necesaria para coordinar beneficios: Explicación de Beneficios (EOB) y copia de las facturas pagadas por la Aseguradora local que contengan información sobre el diagnóstico, la fecha de servicio, el tipo de servicio y el monto cubierto.

11.7 EXÁMENES FÍSICOS: Durante el proceso de una reclamación, antes de que se llegue a una conclusión, la Aseguradora se reserva el derecho de solicitar exámenes físicos de cualquier asegurado cuya enfermedad o lesión sea la base de la reclamación, cuando y con la frecuencia que lo considere necesario, corriendo los gastos a cargo de la Aseguradora.

11.8 OBLIGATORIEDAD DE COOPERACIÓN: El asegurado debe proporcionar a la Aseguradora todos los expedientes y reportes médicos y, cuando así lo solicite la Aseguradora, firmará todos los formularios de autorización necesarios para que la Aseguradora obtenga tales expedientes y reportes médicos. El no cooperar con la Aseguradora, o el no autorizar el acceso de la Aseguradora a los expedientes y reportes médicos, puede ser motivo para que una reclamación sea denegada.

Se establece una prescripción extintiva de dos (2) años contados a partir de la fecha del siniestro/reclamación, después de la cual no podrá iniciarse ninguna acción contra la Aseguradora.

11.9 SUBROGACIÓN E INDEMNIZACIÓN: La Aseguradora tiene el derecho de subrogación o reembolso por parte y en nombre del asegurado a quien ha pagado una reclamación, cuando el asegurado haya recobrado todo o parte de dicho pago de una tercera entidad. Además, la Aseguradora se reserva el derecho de proceder en nombre del asegurado, asumiendo los gastos contra terceras personas que puedan ser responsables de causar una reclamación bajo esta póliza, o que puedan ser responsables de proporcionar indemnización de beneficios por cualquier reclamación bajo esta póliza.

11.10 APELACIÓN DE RECLAMACIONES: En caso de un desacuerdo entre el asegurado y la Aseguradora sobre esta póliza de seguro y/o sus condiciones, el asegurado deberá solicitar una revisión del caso por el comité de apelaciones de Bupa Dominicana, S.A. antes de comenzar cualquier procedimiento legal. Para comenzar esta revisión, el asegurado deberá enviar una petición por escrito al comité de apelaciones. Esta petición debe incluir copias de toda la información relevante que deba ser considerada, así como una explicación de cual decisión debe ser revisada y por qué. Dichas apelaciones deben ser enviadas al coordinador de apelaciones de Bupa Dominicana, S.A. c/o USA Medical Services. Al recibir la petición, el comité de apelaciones determinará si necesita información y/o documentación adicional y realizará los trámites para obtenerla oportunamente. Dentro de los siguientes treinta (30) días, el comité de apelaciones notificará al asegurado sobre su decisión y el razonamiento en que se basó dicha decisión.

11.11 ARBITRAJE, ACCIONES LEGALES Y RENUNCIA A JURADO: Cualquier desacuerdo que pueda persistir después de una apelación tal y como se determina en la cláusula anterior, debe ser primero sometido a arbitraje o conciliación previa de conformidad con las disposiciones legales establecidas en los Artículos 105 al 110 de la Ley 146-02 sobre Seguros y Fianzas de la República Dominicana. El acta de no conciliación emitida por la Superintendencia de Seguros o el Laudo Arbitral es un requisito previo al conocimiento de la demanda que pudiere intentar cualquiera de las partes ante los Tribunales de la República Dominicana. Cada parte solventará sus propios gastos durante el proceso, incluyendo pero no limitado a honorarios de sus respectivos abogados, tasas, entre otros, así como los gastos del proceso arbitral o conciliación.

DEFINICIONES

ACCIDENTE: Daño, trauma o lesión provocado por una causa externa, imprevista, fortuita, y violenta que puedan ser determinadas de manera cierta por un médico. **Los accidentes deben ser notificados durante las setenta y dos (72) horas siguientes al evento. No se consideran accidentes aquellos casos donde la primera atención médica no se realiza dentro de los treinta (30) días siguientes al evento. En dichos casos, el pago del siniestro se procesará como una enfermedad o dolencia.** Aplican las exclusiones respectivas de la póliza.

ACCIDENTE SERIO: Un trauma imprevisto que ocurre sin la intención del asegurado debido a una causa externa que provoca un impacto violento en el cuerpo, resultando en una lesión corporal demostrable que requiere una hospitalización inmediata de veinticuatro (24) horas o más durante las primeras horas siguientes al accidente para evitar la pérdida de la vida o de la integridad física. La lesión severa deberá ser determinada por acuerdo mutuo entre el médico tratante y el consultor médico de la Aseguradora después de revisar las notas de evaluación inicial y los expedientes clínicos de la sala de emergencias y de la hospitalización.

ACTIVIDADES PELIGROSAS: Cualquier actividad que expone al participante a cualquier daño o peligro previsible. Algunos ejemplos de actividades peligrosas incluyen, mas no se limitan a deportes de aviación, descenso de ríos (rafting) o canotaje en rápidos en exceso de grado 5, pruebas de velocidad, buceo a profundidades de más de treinta (30) metros, puentismo (bungee jumping), la participación en cualquier deporte extremo, o la participación en cualquier deporte por compensación o como profesional.

ADULTO DEPENDIENTE: Es aquella persona que presenta algún tipo de limitación o discapacidad funcional a largo plazo o permanente, entendida como una restricción en su capacidad física, mental, intelectual o sensorial, por un médico autorizado o declarada legalmente y que por consiguiente requiere la asistencia de un tercero.

AÑO CALENDARIO: Del 1 de enero al 31 de diciembre del mismo año.

AÑO PÓLIZA: El período de doce (12) meses consecutivos que comienza en la fecha de efectividad de la póliza, y cualquier período subsiguiente de doce (12) meses.

ASEGURADO: La persona para quien se ha completado una solicitud de seguro de salud, pagado la prima, y para quien la cobertura ha sido aprobada e iniciada por la Aseguradora. El término "asegurado" incluye al asegurado principal y a todos los dependientes cubiertos bajo esta póliza.

ASEGURADO PRINCIPAL: La persona que llena la solicitud de seguro de salud. Ésta es la persona que está facultada para recibir el reembolso de gastos médicos cubiertos y la devolución de cualquier prima no devengada.

ATENCIÓN MÉDICA EN EL HOGAR: Cuidados al asegurado en su hogar, los cuales han sido prescritos y certificados por escrito por el médico tratante, los cuales son necesarios para el tratamiento adecuado de la enfermedad o lesión, y prescritos en lugar de la hospitalización. La atención médica en el hogar incluye los servicios de profesionales certificados y autorizados (por ejemplo, enfermeros, terapeutas, etc.) fuera del hospital, y no incluyen los cuidados asistenciales.

BLOQUE: Los asegurados de un tipo de póliza (incluyendo el deducible) o un territorio.

CERTIFICADO DE COBERTURA: Documento de la póliza que especifica la fecha efectiva, las condiciones, la extensión, y cualquier limitación de la cobertura, y que enumera al asegurado principal y cada dependiente cubierto bajo la póliza.

CLASE: Los asegurados de todas las pólizas de un mismo tipo, incluyendo pero no limitado a beneficios, deducibles, grupos de edad, país, plan, grupos por año, o una combinación de cualesquiera de éstos.

COASEGURO: El coaseguro es el porcentaje de los gastos médicos elegibles que el asegurado debe pagar, después de satisfacer/cubrir el deducible, por los beneficios indicados en su Tabla de Beneficios, dentro y/o fuera del país de residencia y teniendo en consideración los límites de beneficios.

COASEGURO MAXIMO (Stop Loss): El coaseguro máximo es la suma total de dinero por concepto de coaseguro que el asegurado debe pagar anualmente, además del deducible, antes de que la compañía pueda pagar los beneficios al 100%. El coaseguro máximo o "Stop Loss" se alcanza cuando el asegurado ha pagado el deducible y alcanzado el monto máximo anual de desembolso directo por concepto de coaseguro.

COMPAÑERO(A) DOMÉSTICO(A): Persona del sexo opuesto, o del mismo sexo, con quien el asegurado principal ha establecido una relación de vida doméstica.

COMPLICACIONES DEL EMBARAZO, LA MATERNIDAD Y/O EL PARTO: Condiciones causadas por, y/o que ocurren como resultado del embarazo, la maternidad o el parto (no relacionadas a condiciones congénitas y/o hereditarias). Para propósitos de esta cobertura, los partos por cesárea no son considerados una complicación del embarazo, la maternidad y/o el parto.

COMPLICACIONES DEL RECIÉN NACIDO: Cualquier desorden del recién nacido relacionado con el parto, pero no causado por factores genéticos o hereditarios, que se manifieste durante los primeros treinta y un (31) días de vida, incluyendo pero no limitado a hiperbilirrubinemia (ictericia), hipoxia cerebral, hipoglucemia, prematuridad, déficit respiratorio, o traumatismos durante el parto.

CONDICIÓN CONGÉNITA Y/O HEREDITARIA: Cualquier enfermedad o desorden adquirido durante la concepción o la etapa fetal del desarrollo como consecuencia de la constitución genética de los padres o de factores ambientales o agentes externos, sea o no manifestado o diagnosticado antes del nacimiento, durante el nacimiento, después del nacimiento o años más tarde.

CONDICIÓN PREEXISTENTE: Es aquella condición:

- (a) Que ha sido diagnosticada por un médico antes de la fecha efectiva de la póliza o de su rehabilitación, o
- (b) Para la cual se ha recomendado o recibido tratamiento médico antes de la fecha efectiva de la póliza o su rehabilitación, o
- (c) Que habría resultado en el diagnóstico médico de una enfermedad o condición tras el análisis de los síntomas o signos si se hubiesen presentado a un médico antes de la fecha efectiva de la póliza.

CONDICIÓN TERMINAL: La enfermedad o condición activa, progresiva e irreversible la cual, sin los procedimientos de soporte de vida, causará la muerte del paciente en un futuro cercano, o bien un estado de inconsciencia permanente para el cual es improbable que haya recuperación.

CONTINUIDAD DE COBERTURA (NO PÉRDIDA-NO GANANCIA): La continuidad de cobertura asegura que no haya ningún lapso en cobertura al cambiar de un producto o plan a otro dentro de la misma compañía o para transferencias entre compañías del grupo Bupa. Sin embargo, los cambios y transferencias están sujetos a una provisión de no pérdida-no ganancia, mediante la cual se aplica el menor de los beneficios pagaderos entre los productos o planes involucrados en el cambio o transferencia durante un período determinado con anterioridad.

Los beneficios ganados por antigüedad del asegurado no se verán afectados siempre y cuando el nuevo producto o plan los contemple. Si el producto o plan anterior no contemplaba un beneficio incluido en el nuevo producto o plan, se debe cumplir el período de espera específico de dicho beneficio establecido en la Tabla de Beneficios.

El otorgar continuidad de cobertura no significa que no apliquen los procedimientos de evaluación de riesgo correspondientes.

COPAGO: El copago es la tarifa fija de los gastos cubiertos que todo asegurado debe pagar directamente al proveedor de servicios médicos u hospitalarios antes de recibir los servicios independientemente de los límites de los beneficios y el mismo se indica en su Tabla de Beneficios.

CUIDADO ASISTENCIAL: Ayuda para realizar actividades cotidianas que puede ser proporcionada por personal sin entrenamiento médico o de enfermería (por ejemplo, para bañarse, vestirse, asearse, alimentarse, ir al baño, etc.).

CUIDADO DEL RECIÉN NACIDO SALUDABLE: Es el cuidado médico de rutina que se proporciona a un recién nacido saludable.

DAÑO CORPORAL ACCIDENTAL: Daño infligido al cuerpo que ha sido ocasionado por una causa externa repentina e imprevista.

DEDUCIBLE: El importe de los cargos cubiertos que debe ser pagado por el asegurado antes de que los beneficios de la póliza sean pagaderos. Los gastos incurridos en el país de residencia están sujetos al deducible en el país de residencia. Los gastos incurridos fuera del país de residencia están sujetos al deducible fuera del país de residencia.

DEPENDIENTE: Los dependientes elegibles bajo esta póliza son aquéllos que han sido identificados en la solicitud de seguro de salud y para quienes se proporciona cobertura bajo la póliza. Los dependientes elegibles incluyen:

- (a) El o la cónyuge o compañero(a) doméstico(a) del asegurado principal
- (b) Hijos biológicos
- (c) Hijos adoptados legalmente
- (d) Hijastros
- (e) Menores de edad para quienes el asegurado principal ha sido designado representante legal por una corte de jurisdicción competente
- (f) Nietos nacidos bajo la cobertura de la póliza que sean hijos de dependientes menores de dieciocho (18) años.

DESEMBOLSO MAXIMO (OUT OF POCKET MAXIMUM): El desembolso máximo es el monto máximo que el asegurado debe pagar por los gastos médicos cubiertos en un año póliza. Este monto incluye el deducible, coaseguro y copago.

DONANTE: Persona viva o fallecida de quien se ha removido uno o más órganos, células o tejido para ser trasplantados en el cuerpo de otra persona (receptor).

EMBARAZO CUBIERTO: Los embarazos cubiertos son aquéllos para los cuales la póliza proporciona beneficios de embarazo y para los cuales la fecha del parto es por lo menos diez (10) meses calendario después de la fecha de vigencia de la cobertura para la respectiva asegurada. Este período de espera de diez (10) meses calendario será aplicado independientemente de si el período de espera de sesenta (60) días para cobertura bajo esta póliza ha sido exonerado.

EMERGENCIA: Condición médica que se manifiesta por signos o síntomas agudos que pueden resultar en peligro inmediato para la vida o integridad física del asegurado si no se proporciona atención médica en menos de veinticuatro (24) horas.

ENFERMEDAD: Condición anormal o alteración en la salud del asegurado que ha sido diagnosticada por un médico o doctor legalmente autorizado, ya sea en el funcionamiento de un órgano o parte del cuerpo y que provenga de alteraciones patológicas comprobables.

ENFERMEDAD INFECCIOSA: Condición clínica que resulta de la presencia de agentes microbianos patógenos, incluyendo virus patógenos, bacterias patógenas, hongos, protozoos, parásitos multicelulares, y proteínas aberrantes conocidas como priones, que puede ser transmitida de una persona a otra.

ENFERMERO(A): Profesional legalmente certificado para prestar cuidados de enfermería en el país donde se ofrece el tratamiento.

ENMIENDA: Documento que la Aseguradora agrega a la póliza para aclarar, explicar o modificar la póliza.

EXPERIMENTAL: Todo servicio, procedimiento, dispositivo médico, medicamento o tratamiento que no se adhiere a las pautas de práctica estándar aceptadas en los Estados Unidos de América, independientemente del lugar donde se lleve a cabo dicho servicio. Los medicamentos deberán contar con la aprobación de la Administración de Drogas y Alimentos de los Estados Unidos de América (FDA), a fin de poder ser usados para la enfermedad diagnosticada, o bien con la aprobación de otra agencia gubernamental, estatal o federal, que se requiera en los Estados Unidos de América, independientemente del lugar donde se lleve a cabo el tratamiento médico o se emitan las facturas.

FECHA DE ANIVERSARIO: Ocurrencia anual de la fecha de efectividad de la póliza.

FECHA DE RENOVACIÓN: Es la fecha cuando debe hacerse el pago de la prima. Puede ocurrir en una fecha distinta a la fecha de aniversario, dependiendo del modo de pago que ha sido autorizado por la Aseguradora.

FECHA DE VENCIMIENTO DE LA PÓLIZA: La fecha en que la prima vence y debe pagarse.

FECHA EFECTIVA DE LA PÓLIZA: Fecha en que comienza la cobertura bajo la póliza, tal como aparece en el certificado de cobertura.

GASTOS ELEGIBLES: Los honorarios y cargos por tratamientos cubiertos bajo la póliza que la Aseguradora pagará tal como se ha especificado en la Tabla de Beneficios de acuerdo a los términos y condiciones de la cobertura y sujetos a cualquier deducible o coaseguro correspondiente.

HIJASTRO: Niño nacido de o adoptado por el(la) cónyuge o compañero(a) doméstico(a) del asegurado principal y que no ha sido adoptado legalmente por el asegurado principal.

HOSPITAL: Una institución legalmente autorizada para operar como centro médico o quirúrgico en el país donde se encuentra, y que: a) se dedica principalmente a proporcionar instalaciones para el diagnóstico, tratamiento y terapia para el cuidado de personas lesionadas o enfermas por o bajo la supervisión de un equipo de médicos; y b) no es un lugar de reposo, un lugar para ancianos, un hogar de convalecientes, una institución o una instalación para cuidados a largo plazo.

HOSPITALIZACIÓN: Ingreso del asegurado a una instalación hospitalaria por veinticuatro (24) horas o más para recibir atención médica o quirúrgica. La severidad de la enfermedad o condición también debe justificar la necesidad médica para la hospitalización. El tratamiento que se limita a la sala de emergencias no se considera una hospitalización.

LESIÓN: Daño infligido al organismo por una causa externa.

MÉDICAMENTO NECESARIO: El tratamiento, servicio o suministro médico prescrito por un médico tratante y aprobado y coordinado por la Aseguradora. El tratamiento, servicio o suministro médico no será considerado médicamente necesario si:

- (a) Es proporcionado solamente como una conveniencia para el asegurado, la familia del asegurado o el proveedor del servicio (por ejemplo, enfermero(a) privado(a), sustitución de una habitación privada estándar por una suite o júnior suite), o
- (b) No es apropiado para el diagnóstico o tratamiento del asegurado, o
- (c) Excede el nivel de cuidados necesarios para proporcionar un diagnóstico o tratamiento adecuado, o
- (d) Cae fuera del alcance de la práctica estándar establecida por las instituciones profesionales correspondientes (colegio de médicos, fisioterapeutas, enfermeros, etc.), o
- (e) Es calificado como cuidado asistencial.

MEDICAMENTOS ALTAMENTE ESPECIALIZADOS: Medicamentos con mecanismo de acción especial diseñados para tratar condiciones médicas de alta complejidad y cronicidad, con un alto costo mensual y cuyo seguimiento se hace bajo estricta supervisión de un especialista. La Aseguradora evaluará y determinará si cubrirá el componente activo en cualquiera de sus presentaciones genéricas o de casa comercial disponible.

MEDICAMENTOS POR RECETA: Medicamentos cuya venta y uso están legalmente limitados a la orden de un médico.

MÉDICO O DOCTOR: Profesional debidamente certificado para practicar la medicina en el país donde se proporciona el tratamiento mientras actúe dentro de los parámetros de su profesión. El término “médico” o “doctor” también incluirá a personas legalmente autorizadas para la práctica de la odontología.

NOTIFICACIÓN: Comunicación obligatoria por parte del Asegurado donde informa y notifica a la Aseguradora sobre la ocurrencia de un accidente o la necesidad de recibir tratamiento de emergencia. Esta notificación debe realizarse en el curso de las primeras setenta y dos (72) horas desde el inicio del tratamiento. Se aceptará que un tercero realice la notificación en nombre del asegurado en caso de estar imposibilitado. La comunicación se recibirá a través de los canales de asistencia, los cuales están especificados en la tarjeta de seguro.

PAÍS DE RESIDENCIA: El país:

- (a) Donde el asegurado reside la mayor parte del año calendario o del año póliza, o
- (b) Donde el asegurado ha residido por más de ciento ochenta (180) días continuos durante cualquier período de trescientos sesenta y cinco (365) días mientras la póliza está en vigencia.

PERÍODO DE ESPERA ESPECÍFICO: Algunos beneficios cubiertos están sujetos a períodos de espera específicos, los cuales están establecidos en su Tabla de Beneficios. Esto significa que el asegurado no podrá presentar una reclamación por servicios relacionados con dichos beneficios cubiertos que se hayan realizado antes de que haya sido completado el período de espera específico correspondiente indicado en la Tabla de Beneficios.

PERÍODO DE GRACIA: El período de treinta (30) días después de la fecha de vencimiento de la póliza, durante el cual la Aseguradora permitirá que la póliza sea renovada.

PROCEDIMIENTOS DE DIAGNÓSTICO: Procedimientos y pruebas de laboratorio médicamente necesarios usados para diagnosticar o tratar condiciones médicas, incluyendo patología, radiografía, ultrasonido, resonancia magnética, tomografía computarizada, y tomografía por emisión de positrones (PET).

PROCEDIMIENTO DE TRASPLANTE: Procedimiento durante el cual un órgano, célula (por ejemplo, célula madre, médula ósea, etc.) o tejido es implantado de una parte a otra, o de un individuo a otro de la misma especie, o cuando un órgano, célula o tejido se remueve y luego se implanta de nuevo en la misma persona.

RECEPTOR: La persona que ha recibido, o está en proceso de recibir, el trasplante de un órgano, célula o tejido.

RECIÉN NACIDO: Un infante desde el momento del nacimiento hasta que cumple treinta y un (31) días de vida.

RECONOCIMIENTO MÉDICO DE RUTINA: Examen médico que se lleva a cabo a intervalos regulares para verificar un estado normal de salud o descubrir una enfermedad en su etapa inicial. El reconocimiento médico no incluye exámenes o consultas para dar seguimiento a una enfermedad que ha sido diagnosticada con anterioridad.

RED DE PROVEEDORES BUPA UNIQUE: Grupo de médicos y hospitales aprobados y contratados para tratar a asegurados en nombre de la Aseguradora. La lista de hospitales y médicos en la Red de Proveedores Bupa Unique está disponible comunicándose con la Aseguradora.

RED DE PROVEEDORES PARA PROCEDIMIENTOS DE TRASPLANTE: Grupo de hospitales y médicos contratados en nombre de la Aseguradora con el propósito de proporcionar beneficios de trasplante al asegurado. La lista de hospitales y médicos dentro de la Red de Proveedores para Procedimientos de Trasplante está disponible comunicándose con la Aseguradora y está sujeta a cambio sin previo aviso.

RELACIÓN DE VIDA DOMÉSTICA: Relación entre el asegurado principal y otra persona del sexo opuesto o del mismo sexo. Todos los siguientes requerimientos aplican a ambas personas:

- (a) Ninguno de los dos puede estar actualmente casado con, o ser compañero(a) doméstico(a) de, otra persona según la ley o el derecho común.

- (b) Los dos deben compartir la misma residencia permanente, así como otras necesidades de la vida.
- (c) Los dos deben tener por lo menos dieciocho (18) años de edad.
- (d) Los dos deben ser mentalmente competentes para acordar un contrato.
- (e) Los dos deben ser interdependientes financieramente, y deberán haber proporcionado documentos que comprueben por lo menos dos (2) de las siguientes condiciones de dicha interdependencia financiera:
 - i. Mantienen una relación exclusiva y dedicada durante por lo menos un (1) año
 - ii. Ambos son propietarios de una residencia en común
 - iii. Cumplen con por lo menos dos (2) de los siguientes requisitos:
 - Un automóvil que pertenece a los dos
 - Una cuenta mancomunada de cheques, ahorros o inversiones
 - Una cuenta de crédito mancomunada
 - Un contrato de alquiler de residencia que identifique a ambos como inquilinos
 - Un testamento y/o póliza de seguro de vida que designe al otro como beneficiario principal
 - El asegurado principal y su compañero(a) doméstico(a) deberán firmar conjuntamente el affidavit de relación de vida doméstica requerido.

RESIDENCIA Y CUIDADOS PALIATIVOS: Cuidados que el asegurado recibe después de ser diagnosticado con una condición terminal, incluyendo cuidados físicos, psicológicos, y sociales, así como también adecuación de la cama, cuidados de enfermería, y medicamentos por receta. Este cuidado debe ser aprobado con anticipación por la Aseguradora.

SEGUNDA OPINIÓN QUIRÚRGICA: La opinión de un médico distinto del médico tratante.

SERVICIOS AMBULATORIOS: Tratamientos o servicios médicos proporcionados u ordenados por un médico que no requieren de hospitalización. Los servicios ambulatorios pueden incluir servicios prestados en un hospital o sala de emergencia cuando estos servicios tengan una duración de menos de veinticuatro (24) horas.

SERVICIOS DE REHABILITACIÓN: Tratamiento proporcionado por un profesional de la salud legalmente acreditado, con la intención de habilitar a personas que han perdido la capacidad de funcionar normalmente debido a una lesión, enfermedad o cirugía, o para el tratamiento del dolor, que les permita alcanzar y mantener su función física, sensorial, e intelectual normal. Estos servicios pueden incluir: cuidado médico, terapia física, terapia ocupacional, y otros.

SERVICIOS HOSPITALARIOS: El personal hospitalario de enfermería, instrumentistas, habitaciones privadas o semi-privadas estándar y alimentación, y otros tratamientos o servicios médicamente necesarios ordenados por un médico para el asegurado que ha sido hospitalizado. Estos servicios también incluyen llamadas telefónicas locales, televisión y periódicos. El(la) enfermero(a) privado(a) y la sustitución de una habitación privada estándar por una suite o junior suite no se consideran servicios hospitalarios.

SOLICITANTE: La persona que llena la solicitud de seguro de salud para obtener cobertura.

SOLICITUD: Declaración por escrito en un formulario por el solicitante con información sobre sí mismo y sus dependientes, usada por la Aseguradora para determinar la aceptación o denegación del riesgo. La solicitud de seguro de salud incluye cualquier declaración verbal hecha por el solicitante durante una entrevista médica hecha por la Aseguradora, el historial médico, cuestionarios, y otros documentos proporcionados a, o solicitados por, la Aseguradora antes de la emisión de la póliza.

TRANSPORTE POR AMBULANCIA AÉREA: Transporte aéreo de emergencia desde el hospital donde el asegurado está ingresado, hasta el hospital más cercano donde se le puede proporcionar el tratamiento adecuado.

TRANSPORTE POR AMBULANCIA TERRESTRE: Transporte de emergencia hacia un hospital por ambulancia terrestre.

TRATAMIENTO DENTAL DE EMERGENCIA: Tratamiento necesario para restaurar o reemplazar los dientes que han sido dañados o perdidos en un accidente cubierto.

TRATAMIENTO EN CENTROS DE ATENCIÓN DE URGENCIAS Y CLÍNICAS DE CONVENIENCIA: son los tratamientos recibidos en Centros clasificados de Atención de Urgencias (Urgent Care) en los Estados Unidos de América. Este es un tipo de centro de servicios médicos especializado en el diagnóstico y tratamiento de condiciones médicas serias o agudas, que generalmente requieren atención inmediata; pero que no representan riesgo inminente a la vida o la salud. Este servicio es un cuidado intermedio entre el médico primario y el servicio de emergencias. Servicios en centros de emergencia de los hospitales u otros que no sean Urgent Care, no serán cubiertos bajo este beneficio.

TRATAMIENTO MÉDICO DE EMERGENCIA: Atención o servicios médicamente necesarios debido a una emergencia.

USUAL, ACOSTUMBRADO Y RAZONABLE (UCR): Es la cantidad máxima que la Aseguradora considerará elegible para pago bajo el plan de seguro de salud. Esta cantidad es determinada en base a una revisión periódica de los cargos prevalecientes para un servicio en particular ajustado según la región o área geográfica específica.

Bupa Dominicana, S.A

Av. Winston Churchill, No. 1099

Acrópolis Center, 3er. Nivel, Piantini

Santo Domingo, República Dominicana

Tel.: (809) 955 2555

bdominicana@bupalatinamerica.com

www.bupalud.com