

# BUPA PANAMÁ S.A.

## Tabla de Beneficios

### Global Ultimate Health Plan



Los términos destacados en **negrita** en este documento corresponden a términos definidos en el Glosario, así como a exclusiones, limitaciones y restricciones.

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

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

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

La **Tabla de Beneficios** proporciona una explicación respecto de lo que está cubierto en su **póliza** y los límites de los beneficios. La cobertura máxima para todos los gastos médicos y hospitalarios cubiertos durante la vigencia de la **póliza** está sujeta a los términos y condiciones de esta **póliza**. A menos que se indique lo contrario, todos los beneficios son por **asegurado**, por **año póliza**.

#### Red de proveedores

En Latinoamérica	Abierta
En los Estados Unidos de América	Abierta
En el resto del mundo	Abierta

La **póliza** Global Ultimate Health Plan ofrece libre elección de proveedores y no está sujeta a la **red de proveedores**.

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

La **Aseguradora** pagará los gastos derivados de los **beneficios cubiertos** después de satisfecho el **deducible** anual correspondiente. A menos que se indique lo contrario, todos los beneficios están sujetos a **deducible**. Todos los **beneficios cubiertos** serán pagados por la **Aseguradora** considerando el gasto **usual, acostumbrado y razonable** para dicho **tratamiento** o servicio en el país donde se recibe dicho servicio médico cubierto.

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

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

**Suma asegurada:** Ilimitada. Todos los beneficios siguientes, incluso aquellos pagados en su totalidad, contribuirán al **límite máximo** total anual de la **póliza**.

Opciones de **deducible**:

Plan 1 Sin deducible (US\$0)

Plan 2 Mil dólares (US\$1,000)

Plan 3 Dos mil dólares (US\$2,000)

Hospitalización y Tratamiento en el Hospital	Cobertura
<p>Para todos los costos de pacientes internados y pacientes ambulatorios atendidos en el <b>hospital</b></p> <p><b>Alojamiento en el hospital y alimentos</b></p> <p>La <b>Aseguradora</b> pagará los gastos generados por la <b>hospitalización</b> y <b>tratamiento</b> hospitalario del <b>asegurado</b>, siempre y cuando:  exista una necesidad médica de permanecer en el <b>hospital</b>,  el <b>tratamiento</b> sea proporcionado o administrado por un <b>especialista</b>, y</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• la duración de su estadía sea médicamente justificada.</li> </ul> <p><b>La Aseguradora no pagará por gastos extras de una habitación ejecutiva, de lujo o similares. Si los gastos del tratamiento están ligados a un tipo de habitación, la Aseguradora pagará el costo del tratamiento al precio que se cobraría si ocupara una suite.</b></p> <p>Para pacientes internados por 5 noches o más, el <b>asegurado</b> o su <b>médico</b> deberán enviar a la <b>Aseguradora</b> un reporte médico antes de la quinta noche, confirmando el diagnóstico, el <b>tratamiento</b> recibido, el <b>tratamiento</b> planificado y la fecha en la que se dará de alta.</p> <p>La <b>Aseguradora</b> pagará hasta veinte dólares (US\$20) por noche para gastos personales, tales como periódicos, renta de servicio de televisión y comidas para visitas.</p>	100% suite
<p><b>Gastos de alojamiento para acompañantes en caso de hospitalización</b></p> <p>La <b>Aseguradora</b> cubrirá los gastos generados por habitación y alimentos diarios para hasta tres acompañantes en el hospital donde se encuentra el <b>asegurado</b> o en un hotel o alojamiento similar cercano, incluyendo el costo de transporte entre el hotel o alojamiento similar y el hospital, cuando el <b>asegurado</b> se encuentre hospitalizado recibiendo <b>tratamiento</b> cubierto por más de 5 noches.</p>	US\$17,000por <b>año póliza</b> a partir del quinto día
<p><b>Cama extra en el hospital para acompañante</b></p> <p>La <b>Aseguradora</b> cubrirá los gastos de cama extra para una persona acompañante, cuando el <b>asegurado</b> esté recibiendo un <b>tratamiento</b> cubierto.</p>	100% para una persona
<p><b>Derecho a pabellón, insumos, materiales clínicos y medicamentos</b></p> <p>La <b>Aseguradora</b> cubrirá los gastos generados por:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• la sala de operaciones,</li> <li>• la sala de recuperación,</li> <li>• medicamentos y material quirúrgico utilizado en la sala de operaciones o en la sala de recuperación, y</li> <li>• medicamentos y material de curación utilizados mientras el <b>asegurado</b> esté internado en el <b>hospital</b>.</li> </ul> <p>En todos los casos, los gastos generados deberán de estar médicamente justificados.</p>	100%
<p><b>Cuidados intensivos</b></p> <p>La <b>Aseguradora</b> cubrirá los gastos de <b>tratamiento</b> en la Unidad de Tratamiento Intensivo (UTI), Unidad Coronaria y Unidad de Cuidados Intermedios (UCI) cuando sea <b>médicamente necesario</b> o cuando sea una parte esencial del <b>tratamiento</b>.</p>	100%

<p><b>Cirugía, incluyendo honorarios de equipo médico quirúrgico</b>  La <b>Aseguradora</b> pagará los gastos por concepto de cirugía, incluyendo los honorarios del cirujano, ayudante, arsenalero y anestesiólogo, así como los gastos pre y post operatorios que se generen dentro de la <b>hospitalización</b> cubierta por esta <b>póliza</b>.</p> <p>Los honorarios de <b>médicos</b>, cirujanos, anestesistas, segundo cirujano, cirujanos asistentes, <b>especialistas</b> y cualquier otro honorario médico solamente están cubiertos cuando sean <b>médicamente necesarios</b> durante la cirugía o <b>tratamiento</b>.</p> <p>Los honorarios del anestesiólogo se pagarán de acuerdo con:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. El 30% de los gastos <b>usuales, acostumbrados y razonables</b> del cirujano principal para el procedimiento quirúrgico, o</li> <li>2. El 30% de los honorarios aprobados para el cirujano principal por el procedimiento quirúrgico, o</li> <li>3. Las tarifas especiales establecidas por la <b>Aseguradora</b> para un área o país determinado.</li> </ol> <p>Los honorarios del cirujano asistente se pagarán de acuerdo con:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. El 20% de los gastos <b>usuales, acostumbrados y razonables</b> del cirujano principal para el procedimiento quirúrgico, o</li> <li>2. El 20% de los honorarios aprobados para el cirujano principal por el procedimiento quirúrgico, o</li> <li>3. Las tarifas especiales establecidas por la <b>Aseguradora</b> para un área o país determinado.</li> </ol> <p>Si más de un médico o cirujano asistente es necesario, la cobertura máxima de todos los médicos o cirujanos asistentes en conjunto no excederá el 20% de los honorarios del cirujano principal para el procedimiento quirúrgico.</p>	100%
<p><b>Exámenes de patología, radiología y diagnóstico</b>  La <b>Aseguradora</b> cubrirá el costo de estudios de laboratorio, imagenología y <b>exámenes de diagnóstico</b>, siempre y cuando sean prescritos por un <b>especialista</b> para ayudar a diagnosticar o evaluar el estado de salud cuando el <b>asegurado</b> esté hospitalizado.</p> <p><b>Exclusiones y restricciones:</b>  Consultar las Cláusulas 2.22 y 2.37.</p>	100%
<p><b>Fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, quinesiólogos, fonoaudiólogos y nutricionistas</b>  La <b>Aseguradora</b> pagará los gastos derivados del <b>tratamiento</b> suministrado por fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, <b>quinesiólogos, fonoaudiólogos y nutricionistas</b> si se requiere como parte de su <b>tratamiento</b> hospitalario. Lo anterior será procedente, siempre y cuando estos <b>tratamientos</b> no sean el único motivo de su <b>hospitalización</b> y la <b>enfermedad o dolencia</b> principal se encuentre debidamente cubierto bajo esta <b>póliza</b>.</p> <p><b>Cualquier tratamiento cubierto bajo este beneficio durante la hospitalización requerirá autorización previa de la Aseguradora. La Aseguradora se reserva el derecho de no pagar los gastos a menos de que la autorización previa haya sido otorgada.</b></p> <p><b>Exclusiones y restricciones:</b>  Consultar las Cláusulas 2.16, 2.26 y 2.47.</p>	100%

<p><b>Cirugía por obesidad (período de espera de 24 meses)</b></p> <p>La <b>Aseguradora</b> podrá cubrir este <b>tratamiento</b>, sujeto a los criterios siguientes si el <b>asegurado</b>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tiene un índice de masa corporal (IMC) de 40 o más y se le ha diagnosticado obesidad mórbida,</li> <li>• Tiene un IMC entre 35 y 40 y tiene un problema de salud serio relacionado con su peso,</li> <li>• Presenta evidencia documentada y firmada por el <b>médico</b> tratante de que ya intentó otros métodos para perder peso durante los últimos 24 meses, y</li> <li>• Ha pasado por una evaluación psicológica que ha confirmado que es apropiado para el <b>asegurado</b> someterse al procedimiento.</li> </ul> <p>La técnica quirúrgica a utilizar deberá ser evaluada y autorizada previamente por el contralor médico de la <b>Aseguradora</b>.</p> <p><b>Importante:</b> El <b>asegurado</b> deberá comunicarse con la <b>Aseguradora</b> para recibir autorización previa antes de someterse al <b>tratamiento</b>. <b>La Aseguradora se reserva el derecho de no pagar los gastos a menos de que la autorización previa haya sido otorgada.</b></p> <p><b>Exclusiones y restricciones:</b> Consultar la Cláusula 2.47.</p>	100%
<p><b>Cirugía preventiva</b></p> <p>La <b>Aseguradora</b> pagará los gastos de cirugía preventiva sujeto a los criterios de las políticas médicas de la <b>Aseguradora</b>.</p> <p>El <b>asegurado</b> deberá comunicarse con la <b>Aseguradora</b> para recibir autorización previa antes de someterse al <b>tratamiento</b>. <b>La Aseguradora se reserva el derecho de no pagar los gastos a menos de que la autorización previa haya sido otorgada.</b></p>	100%
<p><b>Prótesis</b></p> <p>La <b>Aseguradora</b> pagará una prótesis siempre que sea necesaria como parte del <b>tratamiento</b>. Las prótesis cubiertas incluyen partes del cuerpo externas artificiales, como una prótesis de extremidad o una prótesis de oído.</p> <p>La <b>Aseguradora</b> no pagará por cualquier reemplazo de prótesis para adultos, incluyendo cualquier reemplazo de prótesis requerido en relación con una enfermedad o dolencia preexistente. La <b>Aseguradora</b> pagará por la prótesis inicial y hasta por dos reemplazos de prótesis para niños menores de 18 años y en el caso de adultos, los dos reemplazos aquí señalados serán procedentes solo si la prótesis inicial fue cubierta por la <b>Aseguradora</b>.</p>	100%

<p><b>Implantes prostéticos y órtesis</b></p> <p>La <b>Aseguradora</b> cubrirá los gastos relacionados con los siguientes implantes prostéticos y órtesis:</p> <p>Implantes prostéticos (entre otros):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• para reemplazar articulación o ligamento</li> <li>• para reemplazar válvula cardíaca</li> <li>• para reemplazar la aorta o un vaso sanguíneo arterial</li> <li>• para reemplazar un músculo del esfínter</li> <li>• para reemplazar el cristalino o la córnea del ojo</li> <li>• para controlar incontinencia urinaria o control de la vejiga</li> <li>• marcapasos (la disponibilidad del desfibrilador cardíaco interno está sujeta a autorización previa)</li> <li>• para remover exceso de líquidos en el cerebro</li> <li>• implante coclear, si el implante inicial fue injertado antes de la edad de 5 años y estuvo cubierto por esta <b>póliza</b>, la <b>Aseguradora</b> pagará el mantenimiento subsecuente y los reemplazos para restablecer la función de las cuerdas bucales cuando son afectadas como consecuencia de una cirugía por cáncer.</li> </ul> <p>Órtesis (entre otros):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• una rodillera que es parte esencial de una <b>operación quirúrgica</b> para la reparación de un ligamento cruzado</li> <li>• soporte en la columna vertebral que sea requerido como consecuencia de una <b>operación quirúrgica</b> de columna vertebral.</li> <li>• fijador externo que se requiera como consecuencia de una fractura expuesta o por una cirugía en cabeza o cuello</li> </ul> <p><b>Los implantes prostéticos y órtesis deben ser notificados a la Aseguradora previamente. De lo contrario, los gastos serán pagados o reembolsados al costo usual, acostumbrado y razonable que hubiese incurrido la Aseguradora.</b></p>	<p>100%</p>
<p><b>Cirugía reconstructiva</b></p> <p>La <b>Aseguradora</b> cubrirá los gastos relacionados con cualquier <b>tratamiento</b> para restaurar la apariencia física del <b>asegurado</b> después de un <b>accidente, enfermedad o dolencia, lesión</b> o cirugía. La <b>Aseguradora</b> podrá pagar por la cirugía cuando la <b>enfermedad o dolencia, lesión</b> o cirugía y la cirugía reconstructiva ocurran durante su cobertura vigente y continua.</p> <p>El <b>asegurado</b> deberá comunicarse con la <b>Aseguradora</b> para recibir autorización previa antes de someterse al <b>tratamiento</b>. <b>La Aseguradora se reserva el derecho de no pagar los gastos a menos de que la autorización previa haya sido otorgada.</b></p> <p><b>Nota:</b> Si el <b>médico</b> del <b>asegurado</b> recomienda <b>tratamiento</b> cosmético para corregir un problema funcional, por ejemplo, exceso de tejido en el ojo que interrumpe la visión, el <b>asegurado</b> deberá comunicarse con la <b>Aseguradora</b> para recibir la autorización previa, ya que el caso será evaluado por el equipo médico de la <b>Aseguradora</b>. De ser aprobado, los beneficios se pagarán de acuerdo con las reglas y beneficios establecidos en esta <b>Tabla de Beneficios</b>.</p> <p><b>Exclusiones y restricciones:</b> Consultar las Cláusulas 2.10 y 2.26.</p>	<p>100%</p>

Cuidados para Pacientes Internados y/o Pacientes Ambulatorios	Cobertura
<p><b>Imagenología avanzada</b>  La <b>Aseguradora</b> cubrirá los gastos de estudios de imágenes avanzadas, tales como:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• estudios de imagen por resonancia magnética (IRM)</li> <li>• tomografía computarizada (TC)</li> <li>• tomografía por emisión de positrones (PET)</li> </ul> <p>Los estudios deberán ser prescritos por el <b>médico o doctor</b> del <b>asegurado</b> como parte del diagnóstico o <b>tratamiento</b> de condiciones cubiertas.</p>	100%
<p><b>Condiciones congénitas</b>  La <b>Aseguradora</b> cubrirá condiciones congénitas y hereditarias, independientemente de cuándo éstas se manifiesten por primera vez.</p>	100%
<p><b>Tratamiento contra el cáncer</b>  La <b>Aseguradora</b> cubrirá los gastos derivados de cualquier <b>tratamiento</b> contra el cáncer, una vez que sea diagnosticado, incluyendo trasplante de médula ósea, honorarios que se relacionen específicamente para planificar y llevar a cabo el <b>tratamiento</b> contra el cáncer, exámenes de laboratorio, estudios de imagenología para diagnóstico, consultas y medicamentos recetados.</p> <p>El <b>asegurado</b> deberá comunicarse con la <b>Aseguradora</b> para recibir autorización previa antes de someterse al <b>tratamiento</b>. <b>La Aseguradora se reserva el derecho de no pagar los gastos a menos de que la autorización previa haya sido otorgada.</b></p> <p><b>Exclusiones y restricciones:</b>  Consultar la Cláusula 2.43.</p> <p><b>La Aseguradora no cubre los gastos relacionados con tratamientos o medicamentos experimentales cuando sean suministrados como parte de una prueba clínica registrada y estos gastos son cubiertos por un patrocinador de la prueba clínica.</b></p>	100%

<p><b>Servicio de trasplantes</b></p> <p>La <b>Aseguradora</b> cubrirá todos los gastos médicos relacionados con el <b>trasplante</b>, incluyendo consultas con <b>médicos</b> o <b>especialistas</b> y <b>tratamiento</b> médico cuando el <b>asegurado</b> se encuentre internado en el <b>hospital</b> o como <b>paciente ambulatorio</b>, siempre y cuando el órgano provenga de una donación verificada y certificada para los siguientes <b>trasplantes</b>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• córnea</li> <li>• intestino delgado</li> <li>• riñón</li> <li>• riñón/páncreas</li> <li>• hígado</li> <li>• corazón</li> <li>• pulmón</li> <li>• corazón/pulmón</li> <li>• médula ósea (no relacionado con cáncer)</li> </ul> <p>Los gastos de los medicamentos contra el rechazo y gastos médicos para <b>trasplante</b> de médula ósea y <b>trasplantes</b> de células madres periféricas, con o sin altas dosis de quimioterapia para tratar el cáncer, están cubiertos bajo el beneficio de <b>tratamiento</b> de cáncer.</p> <p>La <b>Aseguradora</b> cubrirá los gastos del <b>donante</b> para cada condición médica que requiera de un <b>trasplante</b>, tanto si el <b>donante</b> está <b>asegurado</b> o no, incluyendo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• la recolección del órgano, ya sea de un <b>donante</b> vivo o muerto,</li> <li>• los gastos por compatibilidad de tejidos</li> <li>• los gastos de <b>hospital/operación</b> del <b>donante</b>, y</li> <li>• cualquier complicación del <b>donante</b>, hasta por un máximo de 30 días de post operación únicamente</li> </ul> <p><b>Exclusiones y restricciones:</b> Consultar las Cláusulas 2.9 y 2.34.</p>	100%
<p><b>Diálisis renal</b></p> <p>La <b>Aseguradora</b> pagará la diálisis renal para paciente hospitalizado o <b>paciente ambulatorio</b>.</p>	100%
<p><b>Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) (período de espera de 1 año)</b></p> <p>La <b>Aseguradora</b> cubrirá la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y los gastos derivados de la infección de (VIH y SIDA, siempre y cuando los anticuerpos VIH (seropositivos) o el virus del SIDA no hayan sido detectados o se hayan manifestado antes de completar el período de espera.</p>	US\$1,500,000 de por vida
<p><b>Cobertura para actividades y deportes peligrosos</b></p> <p>Los costos relacionados con <b>tratamientos</b> derivados de la práctica de <b>actividades y deportes peligrosos</b>, tanto de forma amateur como profesional o por compensación, están cubiertos bajo esta <b>póliza</b>.</p>	100%



<p><b>Autismo</b> La Aseguradora cubrirá los costos relacionados con el autismo, incluyendo consultas médicas, y medicamentos una vez que sea diagnosticado el síndrome (desorden) en cualquiera de sus manifestaciones (espectro). Este beneficio también incluye terapias de lenguaje, terapia ocupacional y terapias de modificación de conducta (ABA) siempre y cuando sean realizadas por un médico o especialista certificado y en una institución médica (clínica u hospital y centro de terapias).</p> <p>Este beneficio está sujeto a pre-autorización previa por el equipo médico de la Aseguradora.</p> <p><b>Exclusiones y restricciones:</b> Consultar la Cláusula 2.16.</p>	<p>US\$50,000.00</p>
---	----------------------

<p><b>Enfermedad de Alzheimer (período de espera de 12 meses)</b> La <b>Aseguradora</b> cubrirá los siguientes gastos adicionales para un paciente que ha sido diagnosticado con esta <b>enfermedad</b>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• nutrición</li> <li>• <b>cuidado asistencial</b></li> <li>• consejería familiar</li> </ul> <p>Este beneficio está sujeto a autorización previa por el equipo médico de la <b>Aseguradora</b>.</p> <p><b>Exclusiones y restricciones:</b> Consultar la Cláusula 2.37.</p>	<p>US\$100,000 de por vida</p>
---	--------------------------------

Tratamiento Ambulatorio	Cobertura
<p><b>Cirugía ambulatoria</b> La <b>Aseguradora</b> cubrirá los gastos relacionados con cirugía ambulatoria.</p>	<p>100%</p>

<p><b>Exámenes de patología, radiología y diagnóstico</b> La <b>Aseguradora</b> pagará los gastos derivados de <b>exámenes de diagnóstico</b> y laboratorio cuando dichos estudios sean prescritos por un <b>médico o doctor</b> para documentar el diagnóstico o para evaluar su estado de salud posterior a un <b>tratamiento</b> médico:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Estudios de laboratorio, exámenes de patología e imagenología</li> <li>• <b>Exámenes de diagnóstico</b>, como electrocardiogramas (ECG)</li> </ul> <p><b>Exclusiones y restricciones:</b> Consultar las Cláusulas 2.22 y 2.37.</p>	<p>100%</p>
---	-------------

<p><b>Honorarios médicos</b> La <b>Aseguradora</b> pagará los honorarios por concepto de consulta con <b>especialistas, médicos o doctores</b> para:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Proponer un <b>tratamiento</b></li> <li>• Dar seguimiento al <b>tratamiento</b> recibido previamente</li> <li>• Recibir consultas o <b>tratamientos</b> pre y post hospitalarios</li> <li>• Prescribir medicamentos</li> <li>• Efectuar el diagnóstico relacionado con los <b>síntomas</b> manifestados</li> </ul> <p><b>Exclusiones y restricciones:</b> Consultar las Cláusulas 2.14, 2.18 y 2.40.</p>	<p>100%</p>
--	-------------

<p><b>Enfermeros profesionales</b>  La <b>Aseguradora</b> cubrirá los gastos relacionados al cuidado de enfermeros profesionales calificados para administrar medicamentos por inyección, colocar vendajes o brindar un servicio que requiere especialización y sea <b>médicamente necesario</b>.</p>	100%
<p><b>Fisioterapeutas, osteópatas y quiroprácticos</b>  La <b>Aseguradora</b> cubrirá los honorarios relacionados con consultas y <b>tratamiento</b> de fisioterapeutas, osteópatas y quiroprácticos profesionales calificados para realizar terapias físicas con el objeto de restaurar la función física normal del <b>asegurado</b>.</p>	100%
<p><b>Terapeutas ocupacionales y ortópticos</b>  La <b>Aseguradora</b> cubrirá los honorarios relacionados con consultas y <b>tratamiento</b> con terapeutas ocupacionales y ortópticos.</p>	100%
<p><b>Podología</b>  La <b>Aseguradora</b> cubrirá los honorarios relacionados con el <b>tratamiento</b> realizado por un podiatra, quiropodista o <b>especialista</b> profesional calificado en ortopedia, posterior a un diagnóstico y que forme parte del <b>tratamiento</b> prescrito por el <b>médico</b> tratante.</p>	100%
<p><b>Terapeutas complementarios</b>  La <b>Aseguradora</b> cubrirá los honorarios relacionados con consultas y <b>tratamiento</b> de acupunturistas y reflexólogos con el objeto de restaurar la función física normal, cuando los profesionales estén debidamente calificados y registrados para ejercer en el país donde se recibe el <b>tratamiento</b>.</p> <p><b>Nota: El tratamiento proporcionado o llevado a cabo en una fecha diferente a la fecha de consulta será considerado como una visita separada.</b></p>	100%
<p><b>Consultas medicina alternativa</b>  Consultas y <b>tratamiento</b> con profesionales calificados en naturopatía, homeopatía y medicina china debidamente registrados para ejercer en el país donde se recibe el <b>tratamiento</b>.</p> <p><b>Nota: Si cualquier medicina complementaria o tratamiento es proporcionado o llevado a cabo en una fecha diferente a la fecha de consulta, estos costos serán considerados como una consulta independiente.</b></p> <p><b>Exclusiones y restricciones:</b>  Consultar la Cláusula 2.32.</p>	100%
<p><b>Medicamentos y materiales de curación con receta médica</b>  La <b>Aseguradora</b> pagará los medicamentos y materiales de curación con receta médica siempre que sean prescritos por un <b>médico o doctor</b> de forma previa y que sean necesarios para tratar una <b>lesión, enfermedad o dolencia</b>.</p>	100%

<p><b>Equipo médico durable</b></p> <p>La <b>Aseguradora</b> cubrirá los gastos derivados de la utilización de <b>equipo médico durable</b> y sus componentes siempre y cuando:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• sea prescrito por un <b>médico</b></li> <li>• cumpla con la definición de <b>equipo médico durable</b></li> <li>• sea notificado a la <b>Aseguradora</b> previamente</li> </ul> <p><b>Si no se notifica previamente, los gastos serán pagados o reembolsados al costo usual, acostumbrado y razonable que hubiese incurrido la Aseguradora. La Aseguradora no pagará por los componentes que no sean indispensables para el uso del equipo médico durable.</b></p>	100%
<p><b>Vacunas</b></p> <p>La Aseguradora cubrirá los gastos por la aplicación de las siguientes vacunas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vacunas que sean recomendadas como parte de los programas nacionales de inmunización de niños y adultos en Panamá.</li> <li>• Vacunas del Virus de Papiloma Humano (VPH) para proteger contra el cáncer cervical</li> <li>• Vacunas contra la influenza (gripe)</li> <li>• Vacunas legalmente exigidas para viajes</li> <li>• Vacunas contra el neumococo</li> <li>• Medicinas contra la malaria</li> </ul>	100%
<p><b>Asesoría nutricional</b></p> <p>La <b>Aseguradora</b> pagará por consultas con un <b>nutricionista</b> si la asesoría nutricional está relacionada con una <b>enfermedad o dolencia</b> cubierta bajo la <b>póliza</b>.</p>	100%
<p><b>Centros de Atención de Urgencias y Clínicas de Conveniencia en EE.UU.</b></p> <p>La <b>Aseguradora</b> pagará los gastos derivados del <b>tratamiento</b> en los centros de atención de urgencias y clínicas de conveniencia en los Estados Unidos de América que sean necesarios para tratar <b>una lesión, enfermedad o dolencia</b> cubierta bajo la <b>póliza</b>.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sujeto a un copago del US\$50</li> <li>• No sujeto a <b>deducible</b></li> </ul>	100%
<p>Salud Mental</p>	Cobertura
<p><b>Salud mental durante la hospitalización</b></p> <p>La <b>Aseguradora</b> pagará los gastos derivados del <b>tratamiento psiquiátrico y/o psicológico</b>, siempre y cuando sea <b>médicamente necesario</b>, producto de una <b>enfermedad o dolencia</b> cubierta, y la terapia se otorgue durante la estadía en el <b>hospital</b>.</p> <p>Cualquier <b>tratamiento psiquiátrico y/o psicológico</b> cuando el <b>asegurado</b> esté hospitalizado durante 5 días o más requiere de autorización previa de la <b>Aseguradora</b>. <b>La Aseguradora se reserva el derecho de no pagar los gastos a menos de que la autorización previa haya sido otorgada.</b></p> <p><b>Exclusiones y restricciones:</b> Consultar las Cláusulas 2.27 y 2.44.</p>	100%

<p><b>Tratamiento para crisis de ansiedad o crisis psicótica durante la hospitalización:</b>  <b>La Aseguradora</b> pagará los gastos derivados de los tratamientos hospitalarios para crisis de ansiedad o crisis psicótica siempre y cuando sea médicamente necesario y los tratamientos se realizan durante la hospitalización.</p> <p>Requiere de autorización previa de <b>la Aseguradora</b>. La Aseguradora se reserva el derecho de no pagar los gastos a menos de que la autorización previa haya sido otorgada.</p> <p><b>Exclusiones y restricciones:</b>  Consultar las Cláusulas 2.16, 2.27, y 2.44.</p>	US\$70,000 (máx. 20 días)
---	---------------------------

<p><b>Salud mental en ambulatorio</b>  <b>La Aseguradora</b> pagará los honorarios en el consultorio del <b>psiquiatra, psicólogo o psicoterapeuta</b>.</p> <p><b>Exclusiones y restricciones:</b>  Consultar las Cláusulas 2.16, 2.27, y 2.44.</p>	100%
---	------

Embarazo y Parto

Cobertura

<p><b>Embarazo/parto (período de espera de 10 meses):</b>  <b>La Aseguradora</b> pagará solamente a la <b>Asegurada Titular</b>, cónyuge o pareja <b>dependiente</b> los gastos derivados del embarazo, parto y <b>complicaciones del embarazo</b>, del parto y del <b>recién nacido</b> hasta el límite establecido en este beneficio al concluir el período de espera.</p> <p>Esta cobertura no aplica para ninguna otra <b>asegurada dependiente</b>. Para disfrutar de este beneficio, la <b>asegurada dependiente</b> que no sea cónyuge o pareja <b>dependiente</b> deberá optar por una <b>póliza</b> independiente donde sea la <b>Asegurada Titular</b> de forma previa al nacimiento de su hijo, y siempre que haya estado asegurada en la póliza original anterior y la fecha estimada de parto sea por lo menos diez (10) meses calendario después de la fecha de inicio de vigencia de la póliza <b>anterior</b>.</p> <p><b>Exclusiones y restricciones:</b>  Consultar las Cláusulas 2.9, 2.14, 2.30 y 2.40.</p>	
--	--

<p><b>Parto normal y cesárea electiva en el hospital o clínica (período de espera de 10 meses)</b>  <b>La Aseguradora</b> cubrirá a la <b>Asegurada Titular</b>, cónyuge o pareja <b>dependiente</b>. No aplica <b>deducible</b>.</p> <p>El <b>tratamiento</b> de maternidad y parto incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• cargos de hospitales, honorarios de equipo médico, obstetras y matronas por parto natural o cesárea electiva,</li> <li>• cuidados post natales requeridos por la madre inmediatamente después del parto natural o cesárea electiva, como suturas,</li> <li>• Vitaminas requeridas durante el embarazo,</li> <li>• examen de detección prenatal genética no invasivo (detección de ADN fetal libre), y</li> <li>• hasta 7 días de cuidado rutinario para el <b>recién nacido</b></li> </ul>	100%
---	------

<p><b>Cesárea médicamente necesaria (período de espera de 10 meses)</b>  <b>La Aseguradora</b> cubrirá a la <b>Asegurada Titular</b> o cónyuge o pareja <b>dependiente</b> por gastos de <b>hospital</b>, honorarios del obstetra y otros honorarios médicos relacionados con el costo de parto por cesárea cuando la cesárea sea médicamente necesaria. No aplica <b>deducible</b>.</p>	100%
--	------

<p><b>Tratamiento pre y post natal (período de espera de 10 meses)</b>  Una vez transcurridos los 10 meses cumplidos de cobertura continua bajo la <b>póliza</b>, la <b>Aseguradora</b> cubrirá a la <b>Asegurada Titular</b>, cónyuge o pareja <b>dependiente</b> por los cuidados de maternidad y <b>tratamiento</b> antes y después del parto.</p>	Cubierto bajo el beneficio de embarazo/parto
---	--

**Complicaciones del embarazo y parto (período de espera de 10 meses)**

La **Aseguradora** cubrirá a la **Asegurada Titular**, cónyuge o pareja **dependiente** por los gastos relacionados con cualquier **tratamiento** que sea **médicamente necesario** como resultado directo de **complicaciones del embarazo** o parto. No aplica **deducible**.

Por **complicaciones del embarazo** o **complicaciones del recién nacido durante el parto** se entienden aquellas condiciones que solamente surgen como resultado directo del embarazo o parto; por ejemplo, preclamsia, amenaza de aborto espontáneo, diabetes gestacional, muerte fetal o del **recién nacido**.

Este beneficio se encuentra sujeto a autorización previa de la **Aseguradora**. La **asegurada** deberá contactar a la **Aseguradora** para recibir autorización previa si es posible. Si requiere **hospitalización de emergencia** como resultado directo de **complicaciones del embarazo** o parto, la **asegurada** deberá comunicarse con la **Aseguradora** dentro de las 48 horas después de haber sido hospitalizada.

US\$1,500,000 de por vida

**Incorporación del recién nacido en la póliza**

Para que el **recién nacido** de un embarazo cubierto disfrute de cobertura bajo esta **póliza** sin necesidad de requisitos adicionales de evaluación de riesgo, el **Asegurado Titular** y/o **contratante** deberá presentar dentro de los primeros 90 días después del parto un acta o certificado de nacimiento que contenga el nombre completo del **recién nacido**, su sexo, talla y peso, la fecha de su nacimiento y el nombre de los padres.

Si la notificación no es recibida durante los 90 días después del parto, se requerirá una **solicitud de seguro de salud** para incluir al **recién nacido**, la cual estará sujeta a evaluación de riesgo.

La incorporación del **recién nacido** en la **póliza** queda sujeta a la obligación de pago de la prima correspondiente. La cobertura por **complicaciones del recién nacido durante el parto** está limitada al beneficio máximo descrito bajo el beneficio de “**complicaciones del embarazo y parto**”.

Si el **recién nacido** nace de un embarazo no cubierto, se le podrá agregar a la **póliza** cumpliendo con la obligación de pago de la prima y el envío de una **solicitud de seguro de salud**, la cual estará sujeta a evaluación de riesgo por parte de la **Aseguradora**. Sin embargo, si alguno de los padres del **recién nacido** tiene por lo menos 10 meses cumplidos de cobertura continua en esta **póliza**, el **recién nacido** podrá ser dado de alta en la misma **póliza** sin evaluación de riesgo previa, siempre y cuando se presente el acta o certificado de nacimiento dentro de los primeros 90 días después del parto, excepto cuando el **recién nacido** es adoptado o ha nacido de una maternidad subrogada.

**Viajes de traslado**

La cobertura por evacuación cubre los gastos razonables de viaje de traslado del **asegurado** al lugar más cercano en donde pueda recibir **tratamiento** apropiado, cuando el **tratamiento** que necesita no está disponible en un lugar cercano.

La cobertura por repatriación le ofrece al **asegurado** la opción adicional de volver a su **país de residencia** especificado o al **país de nacionalidad** especificado para ser tratado en un entorno familiar, cuando el **tratamiento** que necesita no está disponible en un lugar cercano.

Para todos los traslados médicos, tanto evacuaciones como repatriaciones:

- el **asegurado** debe contactar a la **Aseguradora** para recibir autorización previa antes de su traslado,
- el **tratamiento** debe ser recomendado por el **especialista** o **médico** tratante del **asegurado**,
- el **tratamiento** no debe estar disponible en un lugar cercano,
- el **tratamiento** debe estar cubierto bajo esta **póliza**,
- la **Aseguradora** coordinará el traslado con el **asegurado**, y
- el beneficio aplica para **tratamiento** en **hospital**, tanto como **paciente ambulatorio** u hospitalizado. La evacuación exclusivamente (no la repatriación) podrá ser autorizada si el **asegurado** necesita imagenología avanzada o **tratamiento** contra el cáncer, como radioterapia o quimioterapia.

La **Aseguradora** no es el proveedor de traslado y otros servicios establecidos en la sección de Viajes de traslado, pero coordinará estos servicios para el **asegurado**. En algunos países, la **Aseguradora** podrá usar a socios proveedores de servicios para coordinar estos servicios localmente, pero la **Aseguradora** siempre estará con el **asegurado** para apoyarle.

**Exclusiones y restricciones:**

- La **Aseguradora** no pagará por noches extra en el hospital cuando el asegurado ya no esté recibiendo tratamiento activo que requiera que esté hospitalizado; por ejemplo, cuando está esperando su vuelo de regreso.
- La **Aseguradora** no aprobará un viaje de traslado que, dentro de la opinión razonable de la **Aseguradora**, sea inapropiado basado en prácticas médicas y clínicas establecidas. Adicionalmente, la **Aseguradora** se reserva el derecho de realizar una investigación del caso cuando sea razonable. La evacuación o repatriación no será autorizada si va en contra de la recomendación del equipo médico de la **Aseguradora**.
- La **Aseguradora** no podrá coordinar una evacuación o repatriación cuando la situación local lo haga imposible, sea irrazonablemente peligroso, o el área lo haga impráctico; por ejemplo, una plataforma petrolera, dentro de una zona de guerra, en áreas geográficamente remotas, o rescate en alta montaña. Tales intervenciones dependen y están sujetas a los recursos disponibles local y/o internacionalmente y deberán permanecer dentro del marco nacional e internacional legal y regulatorio. Las intervenciones pueden estar sujetas al otorgamiento de autorizaciones requeridas que son emitidas por diversas autoridades involucradas, que podrán estar fuera del control o influencia de la **Aseguradora** o de nuestros socios proveedores de servicios.
- La **Aseguradora** no será responsable por cualquier retraso o restricción en conexión con el viaje de traslado ocasionado por condiciones climatológicas, problemas mecánicos, restricciones impuestas por autoridad pública o por el piloto o cualquier otra condición fuera del control de la **Aseguradora**.
- La **Aseguradora** solo pagará por los viajes de traslado coordinados y autorizados previamente por la **Aseguradora**. Los gastos de viaje de traslado cubiertos bajo esta póliza pero que no sean coordinados por la **Aseguradora** serán pagados por una cantidad equivalente a los costos que la **Aseguradora** habría pagado si la **Aseguradora** hubiera coordinado el traslado.

### Evacuación médica

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

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

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

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

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

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

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

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

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

100%



### Evacuación no-médica en casos de conflictos y desastres naturales

La **Aseguradora** cubrirá los costos de evacuación si su boleto de regreso no puede usarse debido a:

- guerra, conmoción civil, incidentes terroristas, ley marcial, revolución u otra situación similar en la región donde se encuentra el **asegurado**, siempre y cuando dicha situación haya sido declarada y documentada por el Ministerio de Relaciones Exteriores, la embajada o cualquier otra institución similar en el país donde se encuentra el **asegurado**, y dicha situación surgió cuando el **asegurado** ya había iniciado su viaje a dicha región, y
- desastres naturales destructivos, incluyendo pero no limitados a tsunamis, huracanes, terremotos y erupciones volcánicas, cuando la solución consume la capacidad local y sea necesario solicitar asistencia externa nacional o internacional, y solamente si el **asegurado** viajó fuera de su **país de residencia** especificado y la situación surgió cuando el **asegurado** ya había iniciado su viaje a dicha región

Si el **asegurado** ha sido detenido por las autoridades en un país debido a guerra o peligro de guerra, o si el **asegurado** no puede ser evacuado debido a un desastre natural, la **Aseguradora** proporcionará cobertura por hasta 3 meses de gastos adicionales razonables y documentados por concepto de hospedaje y alimentos, y costos necesarios de transporte local debido a una reubicación obligatoria en el país, o para cubrir los costos de viaje con un nivel más alto de seguridad si la situación así lo requiere.

La cobertura está sujeta a la condición de que el **asegurado** no haya sido negligente en actuar a tiempo si hubo recibido una recomendación del Ministerio de Relaciones Exteriores, la embajada o cualquier otra institución similar en el país donde se encuentra.

La **Aseguradora** no se hace responsable por la disponibilidad del transporte que sea necesario, pero cooperará con el Ministerio de Relaciones Exteriores, la embajada o cualquier otra institución similar en el país donde se encuentra el **asegurado** en los casos que sea necesaria su asistencia.

El **asegurado** deberá comunicarse con la **Aseguradora** lo antes posible después del evento.

### Exclusiones y restricciones:

Consultar la Cláusula 2.13.

100%



### Repatriación médica

La **Aseguradora** cubrirá los costos de viaje de traslado para una repatriación médica:

- al **país de nacionalidad** o al **país de residencia** del **asegurado** según la información que haya proporcionado en su **solicitud de seguro de salud**, y
- el traslado de regreso al lugar de donde el **asegurado** fue trasladado en los siguientes casos:
- cuando haya sido autorizado previamente por la **Aseguradora**, y
- cuando el viaje de regreso se realice dentro de los 14 días siguientes al final del **tratamiento**.

La **Aseguradora** cubrirá los costos razonables para el viaje de regreso que sean más económicos entre:

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

En algunos casos, podrá ser más apropiado que el **asegurado** viaje al aeropuerto en taxi que en otro medio de transporte, como por ejemplo en una ambulancia. En estos casos, y si está autorizado previamente, la **Aseguradora** pagará la tarifa del taxi.

En algunos casos, el **asegurado** podrá solicitar una repatriación médica cuando comunicándose con la **Aseguradora** para recibir autorización; sin embargo, esto puede ser médicamente inapropiado. En estos casos, la **Aseguradora** primero evacuará al **asegurado** al lugar apropiado más cercano en donde el **tratamiento** necesario esté disponible. Una vez que el **asegurado** esté médicamente estable, la **Aseguradora** procederá con la repatriación al **país de nacionalidad** o **país de residencia** que el **asegurado** haya especificado.

**La Aseguradora no pagará ningún otro costo relacionado con la repatriación, como los costos de traslado al hotel o alojamiento de hotel.**

100%

<p><b>Costos de viaje de traslado para un acompañante (por evacuación o repatriación)</b></p> <p>La <b>Aseguradora</b> cubrirá los costos razonables de viaje de traslado para un familiar cercano del <b>asegurado</b> (esposo(a) o pareja, hijo(a), hermano(a)) para que le acompañe si existe una necesidad razonable para ello. La <b>Aseguradora</b> considera como 'necesidad razonable' cuando el <b>asegurado</b> necesita de alguien que le acompañe por una de las siguientes razones:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• necesita asistencia para subir o bajar de un transporte,</li> <li>• necesita ser trasladado por una distancia larga (por lo menos 1,000 millas o 1,600 kilómetros),</li> <li>• no hay acompañamiento médico disponible, o</li> <li>• en el caso de una <b>enfermedad o dolencia</b> aguda y seria</li> </ul> <p>La persona acompañante puede viajar en un tipo de transporte diferente que el <b>asegurado</b> que requiere el <b>tratamiento</b>, dependido de los requerimientos médicos.</p> <p>La <b>Aseguradora</b> cubrirá los costos razonables de traslado para el viaje de regreso al lugar de donde se originó el traslado, cuando:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• esto sea autorizado previamente por la <b>Aseguradora</b>, y</li> <li>• el viaje de regreso se realice dentro de los 14 días siguientes al final del <b>tratamiento</b>.</li> </ul> <p>La <b>Aseguradora</b> cubrirá los costos para el viaje de regreso que sean más económicos entre:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• el costo razonable del viaje de regreso por tierra o por mar, o</li> <li>• el costo de un boleto en una aerolínea comercial en clase turista.</li> </ul> <p><b>La Aseguradora no cubrirá los costos del viaje para el acompañante cuando la evacuación o repatriación se haga para que el asegurado reciba tratamiento como paciente ambulatorio.</b></p>	<p>100%</p>
<p><b>Costos de alimentación y transporte para acompañante</b></p> <p>La <b>Aseguradora</b> cubrirá los costos de alimentación y transporte indispensables de un familiar (esposo(a) o pareja, hijo(a), hermano(a)) que esté autorizado para viajar con el <b>asegurado</b>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• únicamente durante una evacuación, y</li> <li>• Hasta por 10 días o hasta el día de alta del <b>asegurado</b>, cualquiera que sea primero, mientras el familiar del <b>asegurado</b> se encuentre fuera de su <b>país de residencia</b> habitual.</li> </ul> <p><b>La Aseguradora no cubrirá los costos del acompañante cuando la evacuación se haga para que el asegurado reciba tratamiento como paciente ambulatorio.</b></p>	<p>US\$16,000; máximo 10 días por <b>año póliza</b></p>
<p><b>Costos de viaje de traslado de niños</b></p> <p>La <b>Aseguradora</b> cubrirá los costos de viaje de traslado razonables para que los hijos del <b>asegurado</b> sean trasladados junto con el <b>asegurado</b> en caso de su evacuación o repatriación, siempre y cuando los hijos sean menores de 18 años, y cuando:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• sea <b>médicamente necesario</b> que el <b>asegurado</b> (el padre o madre o guardián de los niños), sea evacuado o repatriado,</li> <li>• el(la) esposo(a), pareja u otro guardián que comparta la custodia de los niños, esté acompañando también al <b>asegurado</b>, y</li> <li>• que de no trasladarlos, los niños quedarían sin un padre, madre o apoderado.</li> </ul>	<p>100%</p>

<p><b>Costos de viaje de traslado, alimentación y transporte para visita compasiva</b></p> <p>La <b>Aseguradora</b> cubrirá el costo de un boleto de avión en clase turista para el viaje de traslado de hasta tres familiares cercanos del <b>asegurado</b> (esposo(a) o pareja, padre, madre, hijo(a), hermano(a)) que vivan en otro país cuando el <b>asegurado</b> sufra un <b>accidente o enfermedad o dolencia</b> repentina y necesite estar internado en el <b>hospital</b> por lo menos 5 días, o cuando ha recibido un diagnóstico terminal de corto plazo. Este beneficio incluye el costo del boleto en clase turista para el regreso de los familiares del <b>asegurado</b> a su país de origen. Este beneficio solo será pagado cuando sea autorizado previamente por la <b>Aseguradora</b>.</p> <p>La <b>Aseguradora</b> cubrirá los costos de alimentación y transporte para los familiares del <b>asegurado</b>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• durante un viaje de visita compasiva elegible, y</li> <li>• hasta por 10 días mientras los familiares estén fuera de su <b>país de residencia</b> habitual</li> </ul> <p>Este beneficio no corresponde en casos de evacuación o repatriación. En estos casos, la <b>Aseguradora</b> solamente cubrirá los gastos especificados bajo los beneficios de “Costos de viaje de traslado para un acompañante”, “Costos de viaje de traslado de niños”, y “Costos de alimentación y transporte” descritos bajo en esta <b>Tabla de Beneficios</b>.</p>	<p>100% hasta para tres familiares</p>
<p><b>Costos repatriación compasiva de emergencia</b></p> <p>La <b>Aseguradora</b> cubrirá los gastos de viaje razonables del <b>asegurado</b> cuando éste se encuentre fuera de su <b>país de residencia</b> y deba regresar prematuramente debido al fallecimiento, una <b>enfermedad o dolencia</b> aguda y seria o una <b>lesión</b> de un familiar cercano (esposo(a), pareja, padre, madre, hijo(a), hermano(a), cuñado(a), yerno, nuera, nieto(a) o suegro(a)).</p> <p>La <b>Aseguradora</b> cubrirá el costo menor entre:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• el costo razonable del regreso por aire o mar, o</li> <li>• el costo de un boleto clase ejecutiva</li> </ul> <p>La <b>Aseguradora</b> cubrirá solamente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• un viaje en conexión con el curso de la <b>enfermedad o dolencia</b>, y</li> <li>• si el familiar en cuestión no es un asegurado bajo la misma <b>póliza</b> quien ya ha sido repatriado, y</li> <li>• si la repatriación compasiva de emergencia adelantaría el regreso del <b>asegurado</b> en por lo menos 12 horas del regreso original que había sido programado.</li> </ul>	<p>100%</p>

<p><b>Ambulancia aérea local</b></p> <p>La <b>Aseguradora</b> cubrirá los gastos incurridos considerando los costos usuales, razonables y acostumbrados del área geográfica donde el gasto fue incurrido, para la debida atención médica del <b>asegurado</b> por la utilización de los servicios de ambulancia aérea local utilizado para transportar al <b>asegurado</b>:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>de la ubicación de un accidente o centro de esquí al hospital, o</li> <li>para el traslado de un hospital a otro, siempre y cuando en el hospital en que se encuentre el asegurado no existan los niveles adecuados de atención requeridos para tratar la condición del asegurado</li> </ol> <p>Será procedente esta cobertura cuando:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La ambulancia aérea sea médicamente necesaria,</li> <li>- Sea utilizada para distancias cortas de hasta 100 millas/160 kilómetros, y</li> <li>- Esté relacionada al tratamiento cubierto que el asegurado necesite recibir en el hospital y</li> <li>- El tratamiento no esté disponible donde el asegurado esté hospitalizado y</li> <li>- Que la condición médica del asegurado no le permita viajar en ambulancia terrestre y/o en una aerolínea comercial de pasajeros; y</li> <li>- Que la Aseguradora haya aprobado el uso de la ambulancia aérea antes del inicio del vuelo.</li> </ul> <p><b>Se deberá obtener autorización previa de la Aseguradora. La falta de autorización previa podrá dar lugar a la denegación de la cobertura.</b></p> <p>Todo lo anterior siempre sujeto a los copagos, coaseguros, y deducibles, limitaciones y condiciones, que se establezcan las Condiciones Particulares y Generales de la Póliza vigentes en el área geográfica de cobertura y en el momento de la incurrencia del gasto.</p>	<p>100%</p>
---	-------------

<p><b>Ambulancia terrestre local</b></p> <p>La <b>Aseguradora</b> cubrirá los gastos por la utilización de los servicios de <b>ambulancia terrestre</b> local utilizada para transportar al <b>asegurado</b>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• de la ubicación de un <b>accidente al hospital</b>,</li> <li>• para el traslado de un <b>hospital</b> a otro, o</li> <li>• de su casa al <b>hospital</b></li> </ul> <p>Cuando una <b>ambulancia terrestre</b> local sea:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• médicamente necesaria, y</li> <li>• relacionada al <b>tratamiento</b> cubierto y que el <b>asegurado</b> necesite recibir en el <b>hospital</b></li> </ul> <p><b>Este beneficio debe ser notificado a La Aseguradora hasta setenta y dos (72) horas después de la ocurrencia del evento.</b></p>	<p>100%</p>
---	-------------

<p><b>Repatriación de restos mortales</b></p> <p>La <b>Aseguradora</b> cubrirá los gastos razonables para el traslado del cuerpo o restos mortales cremados del <b>asegurado</b> a su <b>país de nacionalidad</b> o a su <b>país de residencia</b>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• en el caso de su fallecimiento mientras esté fuera de su <b>país de residencia</b>, y</li> <li>• sujeto a los requerimientos y restricciones de la aerolínea</li> </ul> <p>La <b>Aseguradora sólo pagará por los arreglos reglamentarios, como la cremación, urna, embalsamamiento y ataúd de zinc cuando sea requerido por las autoridades de la aerolínea para poder llevar a cabo el traslado.</b></p> <p>La <b>Aseguradora no pagará por ningún otro costo relacionado con el entierro o la cremación, el costo de ataúd para entierro, etc., ni los costos de traslado para que alguien recolecte o acompañe los restos mortales del asegurado.</b></p>	100%
---	------

Tratamiento Dental	Cobertura
<p><b>Tratamiento dental relacionado con accidentes</b></p> <p>La <b>Aseguradora</b> cubrirá los gastos generados por el <b>tratamiento</b> dental <b>médicamente necesario</b> derivado de un <b>accidente</b> cubierto, siempre y cuando el primer gasto se genere dentro de los 30 días siguientes al <b>accidente</b>.</p>	100%

<p><b>Tratamiento dental (período de espera de 6 meses)</b></p> <p>La <b>Aseguradora</b> cubrirá los gastos por:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• rellenos</li> <li>• <b>tratamiento</b> del conducto radicular</li> <li>• radiografía</li> <li>• extracción dental</li> <li>• anestesia</li> </ul>	US\$4,000
---	-----------

<p><b>Restauración mayor no estética (período de espera de 6 meses)</b></p> <p>La <b>Aseguradora</b> cubrirá los gastos derivados de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• puentes</li> <li>• coronas</li> <li>• implantes dentales</li> <li>• dentaduras postizas</li> </ul>	US\$4,000
---	-----------

<p><b>Ortodoncia no estética (período de espera de 12 meses)</b></p> <p>La <b>Aseguradora</b> cubrirá los gastos de ortodoncia a <b>asegurados</b> de hasta 19 años:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• consultas y revisiones mensuales</li> <li>• extracción de dientes de leche</li> <li>• planeación de <b>tratamiento</b></li> <li>• modelos/impresiones de encías</li> <li>• extracciones</li> <li>• anestesia</li> <li>• radiografías simples/interproximales y perapicales/ rayos-x de raíces/boca completa/ortopantogramas (OPG) y cefalometrías (CEPH)</li> <li>• fotografía digital, y</li> <li>• aparatos ortopédicos de ortodoncia, frenillos de metal, retenedores de metal</li> </ul> <p><b>Exclusiones y restricciones:</b> Consultar la Cláusula 2.45.</p>	US\$4,000
---	-----------

Tratamiento Preventivo	Cobertura
<p><b>Examen de salud general (período de espera de 10 meses)</b>  La <b>Aseguradora</b> pagará por un examen de salud general una vez que el <b>asegurado</b> haya estado cubierto bajo esta <b>póliza</b> por 10 meses consecutivos. No aplica <b>deducible</b>.</p> <p>El examen de salud general normalmente incluye varios exámenes de rutina realizados para evaluar el estado de salud, y que podrán incluir exámenes para analizar los niveles de colesterol y azúcar en la sangre (glucosa), exámenes de función hepática y renal, medición de la presión arterial y una evaluación de riesgo cardiaco. También podrá incluir pruebas específicas para medir el riesgo de cáncer de mama, cervical, de próstata y colorrectal, así como pruebas de densidad ósea.</p>	US\$7,500
<p><b>Vacunas (No aplica deducible)</b>  La <b>Aseguradora</b> cubrirá los gastos por la aplicación de las siguientes vacunas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• vacunas que sean recomendadas como parte de los programas nacionales de inmunización de niños y adultos en Panamá</li> <li>• vacuna del Virus del Papiloma Humano (VPH) para proteger contra el cáncer cervical</li> <li>• vacuna contra la influenza (gripe)</li> <li>• vacunas legalmente exigidas para viajes</li> <li>• vacunas contra el neumococo</li> <li>• medicinas contra la malaria</li> </ul>	100%
<p><b>Examen de la vista</b>  La <b>Aseguradora</b> cubrirá un examen de refracción cada <b>año póliza</b>, que incluye el costo de la consulta. No aplica <b>deducible</b>.</p>	100%
<p><b>Examen dental preventivo (período de espera de 6 meses)</b>  La <b>Aseguradora</b> cubrirá dos chequeos/exámenes dentales preventivos por <b>año póliza</b>, incluyendo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• radiografías simples/interproximales, radiografías panorámicas o de serie completa, ortopantogramas (OPG)</li> <li>• eliminación de la placa dental y pulido</li> <li>• protector de encías/protector bucal</li> </ul> <p>No aplica <b>deducible</b>.</p>	100%
<p><b>Prueba genética de cáncer</b>  La <b>Aseguradora</b> cubre una prueba, una consulta previa y otra posterior solamente si:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• el <b>asegurado</b> es referido por un <b>médico</b></li> <li>• el <b>asegurado</b> tiene historial médico de cáncer de un familiar inmediato</li> <li>• tanto las pruebas como las consultas se llevan a cabo en un <b>hospital o clínica</b></li> </ul> <p>Requiere de pre-autorización antes de realizar las pruebas. <b>La Aseguradora se reserva el derecho de no pagar los gastos a menos de que la autorización previa haya sido otorgada.</b></p>	100%

Dispositivos para la Audición y la Vista	Cobertura
<p><b>Aparatos auditivos</b></p> <p>La <b>Aseguradora</b> cubrirá los costos de aparatos auditivos con receta médica. <b>No cubre reemplazos durante el mismo año póliza.</b></p>	100%
<p><b>Anteojos y lentes de contacto</b></p> <p>La <b>Aseguradora</b> cubrirá los costos de anteojos y lentes de contacto con receta médica prescrita por un <b>especialista</b> oftalmológico, y para corregir un problema de la vista o la visión, como miopía o astigmatismo. <b>No cubre reemplazos durante el mismo año póliza.</b></p>	US\$4,000
<p><b>Cirugía refractiva (1 por ojo, de por vida)</b></p> <p>La <b>Aseguradora</b> cubrirá los costos de la cirugía refractiva para corregir astigmatismo y miopía/hipermetropía, sujeto a los siguientes criterios médicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• si el <b>asegurado</b> tiene 3 dioptrías o más en el ojo que está siendo tratado, y</li> <li>• si el <b>tratamiento</b> es realizado por un proveedor (<b>médico, hospital o clínica</b>) reconocido y acreditado</li> </ul> <p>La <b>Aseguradora</b> únicamente cubrirá una cirugía por ojo, de por vida. Este procedimiento está sujeto a pre-autorización, por lo que el <b>asegurado</b> deberá obtener dicha pre-autorización antes de coordinar cualquier consulta o <b>tratamiento</b>. <b>La Aseguradora se reserva el derecho de no pagar los gastos a menos de que la autorización previa haya sido otorgada.</b></p>	100%
Rehabilitación y Cuidados Paliativos	Cobertura
<p><b>Enfermería en casa</b></p> <p>La <b>Aseguradora</b> cubrirá los gastos de enfermería en casa para el <b>asegurado</b> después de su <b>tratamiento</b> en el <b>hospital</b> cubierto por esta <b>póliza</b> cuando:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• sea prescrito por el <b>médico</b> del <b>asegurado</b>,</li> <li>• comience inmediatamente después de que el <b>asegurado</b> salga del <b>hospital</b>,</li> <li>• reduzca la duración de la estadía del <b>asegurado</b> en el <b>hospital</b>,</li> <li>• sea proporcionada por un(a) <b>enfermero(a)</b> profesional calificado(a) en casa del <b>asegurado</b>, y</li> <li>• sea necesaria para proporcionar cuidados médicos, (no incluye <b>cuidado asistencial</b>).</li> </ul> <p>El <b>asegurado</b> deberá comunicarse con la <b>Aseguradora</b> para recibir autorización previa antes de recibir este beneficio. <b>La Aseguradora se reserva el derecho de no pagar los gastos a menos de que la autorización previa haya sido otorgada.</b></p> <p><b>Exclusiones y restricciones:</b> Consultar la Cláusula 2.26.</p>	100%

<p><b>Cuidados paliativos para pacientes terminales</b></p> <p>Se entenderán como cuidados paliativos aquéllos que se otorgan a pacientes que no responden al procedimiento curativo y se encuentran en etapa terminal con una expectativa de vida de seis (6) meses o menos. Derivado de esta cobertura, La <b>Aseguradora</b> pagará los servicios hasta por un máximo de doce (12) meses, si el <b>asegurado</b> recibe un diagnóstico de enfermedad terminal y si ya no puede recibir tratamiento que conduzca a su recuperación.</p> <p>La <b>Aseguradora</b> pagará solo por una de las siguientes opciones:</p> <p>1. Servicios de centros especializados para pacientes terminales y de cuidados paliativos, el servicio consiste en:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• alojamiento en centro para pacientes terminales</li> <li>• cuidados de enfermero(a) profesional calificado</li> <li>• medicamentos recetados y terapias para disminuir el dolor corporal</li> <li>• cuidados físicos, psicológicos, sociales y espirituales</li> </ul> <p>2. Servicios de enfermería en casa para pacientes terminales y de cuidados paliativos, el servicio consiste en:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• cuidados de enfermero(a) profesional calificado ante la autoridad nacional competente donde se reciba el tratamiento o servicio,</li> <li>• medicamentos recetados y terapias para disminuir el dolor corporal</li> <li>• cuidados asistenciales proporcionado por un enfermero(a) profesional calificado</li> <li>• Estos servicios deben ser aprobados con anticipación por la <b>Aseguradora</b>.</li> </ul>	<p>100%</p>
---	-------------

<p><b>Rehabilitación Multidisciplinaria (admitido o ambulatorio)</b></p> <p>La <b>Aseguradora</b> pagará por la rehabilitación multidisciplinaria como tratamiento ambulatorio o durante hospitalización, incluyendo habitación, alimentos y una combinación de terapias físicas, ocupacionales y de fonoaudiología. La <b>Aseguradora</b> sólo cubrirá los gastos por rehabilitación multidisciplinaria cuando:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sea considerada médicamente necesaria como resultado de un tratamiento hospitalario o ambulatorio cubierto bajo la póliza para tratar dicha condición, después de revisar la información médica correspondiente, e</li> <li>• inicie dentro de los 30 días siguientes al acontecimiento por el que se requiere la rehabilitación multidisciplinaria</li> </ul> <p><b>Nota: Para que la Aseguradora pueda otorgar una autorización previa, el especialista deberá proporcionar la información clínica completa del asegurado, incluyendo el diagnóstico, el tratamiento recibido o por recibir, y la fecha planeada o propuesta para darle de alta si el asegurado se encuentra internado para recibir rehabilitación.</b></p>	<p>100%</p>
---	-------------



**Cobertura costo cero para niños (máximo 2 hijos por padre asegurado)**

Los hijos del **asegurado** podrán incluirse en la **póliza** sin costo hasta que cumplan los 16 años de edad, siempre que la **póliza** se mantenga vigente con al menos uno de los padres como integrante de la **póliza**. La única excepción a este beneficio es por fallecimiento de ambos padres.

**Cobertura extendida para dependientes elegibles debido al fallecimiento del Asegurado Titular**

En caso de que fallezca el **Asegurado Titular**, la **Aseguradora** otorgará cobertura a los **asegurados dependientes** cubiertos bajo la **póliza** al momento del fallecimiento del **Asegurado Titular** durante 2 años sin costo alguno a partir del vencimiento pagado por el **Asegurado Titular**, si la causa de la muerte del **Asegurado Titular** se debió a un **accidente, enfermedad o dolencia** cubierto bajo esta **póliza**. Este beneficio aplica solamente a los **dependientes** cubiertos bajo la **póliza** existente y terminará automáticamente para el cónyuge o pareja sobreviviente si contrae matrimonio, o para los **dependientes** sobrevivientes que dejen de ser elegibles bajo esta **póliza** y/o para los cuales se haya emitido su propia **póliza** por separado.

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

**Beneficio de segunda opinión quirúrgica**

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

Código: PTY-UL15 Bupa Global Health Plan

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto están registradas ante la Superintendencia de Seguros y Reaseguros de Panamá, de conformidad con lo dispuesto en la Ley 12 de 2012, mediante Resolución Número DRLA-079 de 06 de noviembre de 2024.