



## BUPA INSURANCE (BOLIVIA) S.A.

Tabla de Beneficios - Póliza de Seguro de Gastos Médicos Mayores  
Global Select Health Plan

Código APS No.: 201-9347103-2021 01 027  
Resolución Administrativa APS/DS/N°013/2021

Los términos destacados en **negrilla** en esta **Tabla de Beneficios** corresponden a los términos definidos en las Definiciones y las coberturas están sujetas al Global Health Plan de la presente póliza.

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

- El “**límite máximo**” – la máxima cantidad que la **Aseguradora** pagará en total por todos los beneficios, por cada **Asegurado**, por cada **año póliza**
- “De por vida” – la cantidad máxima del beneficio que la **Aseguradora** pagará por cada **asegurado** durante su vida
- Limitaciones a los beneficios por sesiones, visitas o días– 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 aplican de por vida, lo que significa que una vez que se ha alcanzado el límite, no se pagarán más beneficios, independientemente de la renovación de la **póliza**.

### Red de proveedores

La **póliza** Global Select Health Plan proporciona cobertura únicamente dentro de la **red de proveedores**. No se pagará ningún beneficio por servicios recibidos fuera de la **red de proveedores**, excepto en los casos especificados bajo la cobertura de **tratamiento de emergencia**.

|                                  |                 |
|----------------------------------|-----------------|
| En Latinoamérica                 | Abierta         |
| En los Estados Unidos de América | BCBS            |
| En el resto del mundo            | Red Global Bupa |

La **Tabla de Beneficios** proporciona una explicación respecto de lo que está cubierto en la **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**.

Todas las cantidades mencionadas en este documento, relativas a los **beneficios cubiertos** y **deducibles**, se entenderán referidas en 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 obligatorio 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 las Exclusiones y Limitaciones en este documento antes de solicitar la cobertura de alguno de los beneficios que se describen a continuación.

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 del Estado Plurinacional de Bolivia o aprobados por la autoridad de salud competente en el país donde se recibe el **tratamiento** médico.

**Límite máximo:** Tres millones y medio de dólares (US\$3,500,000) por **asegurado**, por **año póliza**. Todos los beneficios siguientes, incluso aquellos pagados en su totalidad, contribuirán al **límite máximo** total anual de la **póliza**.

Opciones de **deducible** anual obligatorio:

| Dentro del <b>país de residencia</b> :        | Fuera del <b>país de residencia</b> |
|---|-------------------------------------|
| Plan 1 Doscientos cincuenta dólares (US\$250) | Cinco mil dólares (US\$5,000)       |
| Plan 2 Dos mil dólares (US\$2,000)            | Dos mil dólares (US\$2,000)         |
| Plan 3 Cinco mil dólares (US\$5,000)          | Cinco mil dólares (US\$5,000)       |
| Plan 4 Diez mil dólares (US\$10,000)          | Diez mil dólares (US\$10,000)       |

### Red de proveedores

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

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

### Hospitalización y Tratamiento en el Hospital

#### Cobertura

Para todos los costos de pacientes internados y pacientes ambulatorios atendidos en el **hospital**

|   |                                |
|---|--------------------------------|
| <p><b>Alojamiento en el hospital y alimentos</b><br/>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• exista una necesidad médica de permanecer en el <b>hospital</b>,</li> <li>• el <b>tratamiento</b> sea proporcionado o administrado por un <b>especialista</b>, y</li> <li>• la duración de su estadía sea <b>médicamente justificada</b>.</li> </ul> <p>La <b>Aseguradora</b> no pagará por gastos extras de una habitación ejecutiva, suite, habitación de lujo o similares. Si los gastos del <b>tratamiento</b> están ligados a un tipo de habitación, la <b>Aseguradora</b> pagará el costo del <b>tratamiento</b> al precio que se cobraría si ocupara una habitación privada.</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> | <p>100% habitación privada</p> |
| <p><b>Cama extra en el hospital para acompañante</b><br/>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>  | <p>100% para una persona</p>   |
| <p><b>Derecho a sala, insumos, materiales clínicos y medicamentos</b><br/>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 hospital.</li> </ul> <p>En todos los casos, los gastos generados deberán de estar médicamente justificados.</p>  | <p>100%</p>                    |

|   |      |
|---|------|
| <p><b>Cuidados intensivos</b><br/>La <b>Aseguradora</b> cubrirá los gastos de tratamiento 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><br/>La <b>Aseguradora</b> pagará los gastos por concepto de cirugía, incluyendo los honorarios del cirujano, ayudante, instrumentista 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 tratamiento.</p> <p>Los honorarios médicos y de enfermería están limitados al menor de:<br/>(a) Los honorarios usuales, acostumbrados y razonables para el procedimiento,<br/>(b) Tarifas especiales establecidas por la Aseguradora para un área o país determinado.</p>  | 100% |
| <p><b>Exámenes de patología, radiología y diagnóstico</b><br/>La <b>Aseguradora</b> cubrirá el costo de estudios de laboratorio, imagenología y exámenes de diagnóstico, 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>Exclusiones y restricciones:<br/>Consultar los numerales 4.23 y 4.38 de las Exclusiones y Limitaciones.</p>  | 100% |
| <p><b>Fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, quinesiólogos, fonoaudiólogos y nutricionistas</b><br/>La <b>Aseguradora</b> pagará los gastos derivados del <b>tratamiento</b> suministrado por fisioterapeutas, <b>terapeutas ocupacionales</b>, quinesiólogos, <b>fonoaudiólogos</b> y <b>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 cubierta bajo esta <b>póliza</b>.</p> <p>Cualquier <b>tratamiento</b> cubierto bajo este beneficio durante la <b>hospitalización</b> requerirá autorización previa de la <b>Aseguradora</b>. La <b>Aseguradora</b> se reserva el derecho de no pagar los gastos a menos de que la autorización previa haya sido otorgada.</p> <p>Exclusiones y restricciones:<br/>Consultar los numerales 4.17, 4.27 y 4.48 de las Exclusiones y Limitaciones.</p>  | 100% |
| <p><b>Cirugía por obesidad (período de espera de 24 meses)</b><br/>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 equipo 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>. La <b>Aseguradora</b> se reserva el derecho de no pagar los gastos a menos de que la autorización previa haya sido otorgada.</p> <p>Exclusiones y restricciones:<br/>Consultar el numeral 4.48 de las Exclusiones y Limitaciones.</p> | 100% |

|   |      |
|---|------|
| <p><b>Cirugía preventiva</b><br/>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>. La <b>Aseguradora</b> se reserva el derecho de no pagar los gastos a menos de que la autorización previa haya sido otorgada.</p>  | 100% |
| <p><b>Prótesis</b><br/>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 <b>enfermedad o padecimiento</b> 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><br/>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 operación quirúrgica para la reparación de un ligamento cruzado</li> <li>• soporte en la columna vertebral que sea requerido como consecuencia de una operación quirúrgica 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>Los implantes prostéticos y órtesis deben ser notificados a la <b>Aseguradora</b> previamente. De lo contrario, los gastos serán pagados o reembolsados al costo <b>usual, acostumbrado y razonable</b> que hubiese incurrido la <b>Aseguradora</b>.</p> | 100% |

|  |      |
|--|------|
| <p><b>Cirugía reconstructiva</b><br/> 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>. La <b>Aseguradora</b> se reserva el derecho de no pagar los gastos a menos de que la autorización previa haya sido otorgada.</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>Exclusiones y restricciones:<br/> Consultar los numerales 4.11 y 4.27 de las Exclusiones y Limitaciones.</p> | 100% |
|--|------|

| Cuidados para Pacientes Internados y/o Pacientes Ambulatorios   | Cobertura |
|---|-----------|
| <p><b>Imagenología avanzada</b><br/> 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><br/> La cobertura para condiciones congénitas y hereditarias bajo esta <b>póliza</b> es la siguiente:</p> <p>(a) El beneficio máximo definido para esta cobertura cuyas condiciones se manifiesten antes de que el <b>asegurado</b> cumpla los 18 años de edad, incluyendo cualquier otro beneficio ya pagado bajo alguna otra <b>póliza</b> o anexo adicional de la <b>Aseguradora</b>, después de satisfacer el <b>deducible</b> correspondiente.</p> <p>(b) La cobertura para condiciones que se manifiesten en el <b>asegurado</b> a los 18 años de edad o posteriormente.</p> | <p>(a) US\$200,000 de por vida</p> <p>(b) US\$500,000 de por vida</p> |
|---|---|

|   |      |
|---|------|
| <p><b>Tratamiento contra el cáncer</b><br/> 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 tratamiento. La <b>Aseguradora</b> se reserva el derecho de no pagar los gastos a menos de que la autorización previa haya sido otorgada.</p> <p>Exclusiones y restricciones:<br/> Consultar el numeral 4.44 de las Exclusiones y Limitaciones.</p> <p>La <b>Aseguradora</b> no cubre los gastos relacionados con <b>tratamientos</b> o medicamentos experimentales cuando sean suministrados como parte de una <b>prueba clínica registrada</b> y estos gastos son cubiertos por un patrocinador de la prueba clínica.</p> | 100% |
|---|------|

|  |  |
|--|--|
| <p><b>Servicio de trasplantes</b><br/> La <b>Aseguradora</b> cubrirá todos los gastos médicos relacionados con el trasplante, 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 trasplantes:</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 trasplante de médula ósea y trasplantes 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 trasplante, tanto si el <b>donante</b> está asegurado 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 hospital/operación 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>Exclusiones y restricciones:<br/> Consultar los numerales 4.10 y 4.35 de las Exclusiones y Limitaciones.</p> | US\$500,000 por diagnóstico, de por vida |
| <p><b>Diálisis renal</b><br/> 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><br/> 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\$300,000 de por vida                  |
| <p><b>Tratamiento dental relacionado con accidentes</b><br/> 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>Cobertura para actividades y deportes peligrosos</b><br/> Los costos relacionados con <b>tratamientos</b> derivados de la práctica de <b>actividades y deportes peligrosos</b> de forma amateur están cubiertos bajo esta <b>póliza</b>.</p> <p>Exclusiones y restricciones:<br/> Consultar el numeral 4.6 de las Exclusiones y Limitaciones.</p>  | 100%                                     |
| <p><b>Tratamiento Ambulatorio</b></p>  | <b>Cobertura</b>                         |
| <p><b>Cirugía ambulatoria</b><br/> La <b>Aseguradora</b> cubrirá los gastos relacionados con cirugía ambulatoria.</p>  | 100%                                     |

|   |  |
|---|--|
| <p><b>Exámenes de patología, radiología y diagnóstico</b><br/> La <b>Aseguradora</b> pagará los gastos derivados de exámenes de diagnóstico 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>• Exámenes de diagnóstico, como electrocardiogramas (ECG)</li> </ul> <p>Exclusiones y restricciones:<br/> Consultar los numerales 4.23 y 4.38 de las Exclusiones y Limitaciones.</p>  | 100%   |
| <p><b>Honorarios médicos</b><br/> 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>Exclusiones y restricciones:<br/> Consultar los numerales 4.15, 4.19 y 4.41 de las Exclusiones y Limitaciones.</p>   | 100%   |
| <p><b>Enfermeros profesionales</b><br/> La <b>Aseguradora</b> cubrirá los gastos relacionados al cuidado de <b>enfermeros</b> profesionales calificados para administrar medicamentos por inyección, colocar vendajes o brindar un servicio que requiere especialización y sea <b>médicamente necesario</b>.</p>  | 100% máximo 15 visitas   |
| <p><b>Medicamentos y materiales de curación con receta médica</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 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>.</li> </ul>  | Plan 1: hasta US\$5,000 (*); después de US\$5,000 100%<br><br>Planes 2 a 4: 100% |
| <p><b>Equipo médico durable</b><br/> 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>Si no se notifica previamente, los gastos serán pagados o reembolsados al costo usual, acostumbrado y razonable que hubiese incurrido la <b>Aseguradora</b>. La <b>Aseguradora</b> no pagará por los componentes que no sean indispensables para el uso del <b>equipo médico durable</b>.</p> | US\$8,000  |
| <p><b>Centros de Atención de Urgencias y Clínicas de Conveniencia en EE. UU.</b><br/> La <b>Aseguradora</b> pagará los gastos derivados del tratamiento en los centros de atención de urgencias y clínicas de conveniencia en los Estados Unidos de América que sean necesarios para tratar una <b>lesión, enfermedad o dolencia</b> cubierta bajo la <b>póliza</b>.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sujeto a un copago de US\$50</li> <li>• No aplica <b>deducible</b></li> </ul>   | 100%   |
| <p><b>Fisioterapeutas, osteópatas y quiroprácticos</b><br/> 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 asegurado.</p>  | 100% máximo 20 visitas   |

(\*) Sujeto a 20% de coaseguro por los primeros US\$5,000 (plan 1 solamente)

## Salud Mental

## Cobertura

### Salud mental durante la hospitalización

La **Aseguradora** pagará los gastos derivados del **tratamiento psiquiátrico y/o psicológico**, siempre y cuando sea **médicamente necesario** producto de una **enfermedad o dolencia** cubierta, y la terapia se otorgue durante la estadía en el **hospital**.

Cualquier **tratamiento psiquiátrico** cuando el **asegurado** esté hospitalizado durante 5 días o más requiere de autorización previa de la **Aseguradora**. La **Aseguradora** se reserva el derecho de no pagar los gastos a menos de que la autorización previa haya sido otorgada.

Exclusiones y restricciones:

Consultar los numerales 4.28, 4.45 y 4.51 de las Exclusiones y Limitaciones.

100% máximo 90 visitas de por vida

### Salud mental en ambulatorio

La **Aseguradora** pagará los honorarios en el consultorio del **psiquiatra, psicólogo o psicoterapeuta**

Exclusiones y restricciones:

Consultar los numerales 4.17, 4.28, 4.45, 4.51 de las Exclusiones y Limitaciones.

100% máximo 15 visitas

## Transporte y Viajes

## Cobertura

### Viajes de traslado

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

Para todos los traslados médicos y evacuaciones:

- el **asegurado** debe contactar a la **Aseguradora** para recibir autorización previa antes de su traslado,
- el **tratamiento** debe ser recomendado por el **especialista o médico** tratante del **asegurado**,
- el **tratamiento** no debe estar disponible en un lugar cercano,
- el **tratamiento** debe estar cubierto bajo esta **póliza**,
- la **Aseguradora** coordinará el traslado con el **asegurado**, y
- el beneficio aplica para **tratamiento** en **hospital**, tanto como **paciente ambulatorio** u hospitalizado. La evacuación 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 no será autorizada si va en contra de la recomendación del equipo médico de la **Aseguradora**.
- La **Aseguradora** no podrá coordinar una evacuación 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 hacia el lugar apropiado más cercano en donde el **tratamiento** médico necesario esté disponible (en territorio nacional o en el extranjero) y el regreso al lugar de donde fue trasladado.

Deberá obtenerse autorización previa de la **Aseguradora**, y el viaje de regreso debe realizarse dentro de los 14 días siguientes al final del **tratamiento**.

La **Aseguradora** cubrirá los costos 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 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 o el alojamiento de hotel.

100%

#### Costos de viaje de traslado para un acompañante (por evacuación)

La **Aseguradora** cubrirá los costos razonables de viaje de traslado para un familiar cercano del **asegurado** (esposo(a) o pareja, hijo(a), hermano(a)) para que le acompañe si existe una necesidad razonable para ello. La **Aseguradora** considera como 'necesidad razonable' cuando el **asegurado** necesita de alguien que le acompañe por una de las siguientes razones:

- necesita asistencia para subir o bajar de un transporte,
- necesita ser trasladado por una distancia larga (por lo menos 1,000 millas o 1,600 kilómetros),
- no hay acompañamiento médico disponible, o
- en el caso de una **enfermedad o dolencia** aguda y seria

La persona acompañante puede viajar en un tipo de transporte diferente que el **asegurado** que requiere el tratamiento, dependiendo de los requerimientos médicos.

La **Aseguradora** cubrirá los costos razonables de traslado para el viaje de regreso al lugar de donde se originó el traslado, cuando:

- esto sea autorizado previamente por la **Aseguradora**, y
- el viaje de regreso se realice dentro de los 14 días siguientes al final del **tratamiento**.

La **Aseguradora** cubrirá los costos 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.

La **Aseguradora** no cubrirá los costos del viaje para el acompañante cuando la evacuación se haga para que el **asegurado** reciba **tratamiento** como **paciente ambulatorio**.

100%

|   |   |
|---|---|
| <p><b>Costos de alimentación y transporte para acompañante</b><br/> La <b>Aseguradora</b> cubrirá los costos de alimentación y transporte indispensables de un familiar (espos(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>• por hasta 10 días o hasta el día de alta del asegurado, 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>La <b>Aseguradora</b> no cubrirá los costos del acompañante cuando la evacuación se haga para que el <b>asegurado</b> reciba <b>tratamiento</b> como <b>paciente ambulatorio</b>.</p>   | US\$100 por día;<br>máximo 10 días por<br><b>año póliza</b> |
| <p><b>Costos de viaje de traslado de niños</b><br/> 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, 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,</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>   | 100%  |
| <p><b>Ambulancia aérea local</b><br/> La <b>Aseguradora</b> cubrirá los gastos por la utilización de los servicios de ambulancia aérea local utilizada para transportar al <b>asegurado</b>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• de la ubicación de un accidente o centro de esquí al <b>hospital</b>, o</li> <li>• para el traslado de un <b>hospital</b> a otro</li> </ul> <p>Será procedente esta cobertura cuando la ambulancia aérea sea:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• médicamente necesaria,</li> <li>• utilizada para distancias cortas de hasta 100 millas/160 kilómetros, y</li> <li>• relacionada al <b>tratamiento</b> cubierto que el <b>asegurado</b> necesite recibir en el <b>hospital</b></li> </ul> <p>Este beneficio debe ser aprobado previamente por la <b>Aseguradora</b>. La <b>Aseguradora</b> se reserva el derecho de no pagar los gastos a menos de que la autorización previa haya sido otorgada.</p> | 100%  |
| <p><b>Ambulancia terrestre local</b><br/> La <b>Aseguradora</b> cubrirá los gastos por la utilización de los servicios de ambulancia terrestre local utilizada para transportar al <b>asegurado</b>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• de la ubicación de un <b>accidente</b> al <b>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 ambulancia terrestre local sea:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>médicamente necesaria</b>, y</li> <li>• relacionada al <b>tratamiento</b> cubierto y que el <b>asegurado</b> necesite recibir en el <b>hospital</b></li> </ul>   | 100%  |
| <p><b>Repatriación de restos mortales</b><br/> La <b>Aseguradora</b> cubrirá los gastos razonables en clase económica (carga) 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, servicios, suministros y restricciones de la aerolínea necesarios para preparar y transportar el cuerpo.</li> </ul> <p>La <b>Aseguradora</b> sólo pagará por los arreglos reglamentarios, urna, embalsamamiento y ataúd de zinc cuando sea requerido por las autoridades de la aerolínea para poder llevar a cabo el traslado.</p>  | 100%  |

|  |  |
|--|--|
| <p>La <b>Aseguradora</b> 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 <b>asegurado</b>.<br/> <b>Los trámites deben ser aprobados y coordinados conjuntamente con USA Medical Services.</b></p> |  |
|--|--|

| Tratamiento Preventivo   | Cobertura   |
|--|-------------|
| <p><b>Examen de salud general (chequeo médico preventivo) - Período de espera de 10 meses</b><br/> La <b>Aseguradora</b> pagará por un (1) examen de salud general (chequeo médico preventivo) 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 (chequeo médico preventivo) normalmente incluye varios exámenes de rutina realizados para evaluar el estado de salud, y que podrán incluir biometría hemática, química sanguínea, examen general de orina, RX. de tórax, espirometría, electrocardiograma, 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/o evaluación de riesgo cardíaco. Además, podrá incluir pruebas específicas para medir el riesgo de cáncer de mama, cervical, de próstata y colorrectal, así como pruebas de densidad ósea.</p> | US\$400     |
| <p><b>Vacunas</b><br/> 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 Bolivia</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> <p>No aplica <b>deducible</b></p>   | US\$300 (*) |

(\*) Sujeto a 20% de coaseguro

| Rehabilitación y Cuidados Paliativos   | Cobertura                                  |
|--|--|
| <p><b>Enfermería en casa</b><br/> 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 cuidados personales o asistenciales).</li> </ul> <p>El <b>asegurado</b> deberá comunicarse con la <b>Aseguradora</b> para recibir autorización previa antes de recibir este beneficio. La <b>Aseguradora</b> se reserva el derecho de no pagar los gastos a menos de que la autorización previa haya sido otorgada.</p> <p>Exclusiones y restricciones:<br/> Consultar el numeral 4.27 de las Exclusiones y Limitaciones.</p> | US\$300 por día hasta un máximo de 30 días |

|  |      |
|--|------|
| <p><b>Centro para pacientes terminales y cuidados paliativos</b><br/> Se entenderán como cuidados paliativos aquéllos que se otorgan a pacientes que no responden al procedimiento curativo y se encuentran en etapa terminal. Derivado de esta cobertura, la <b>Aseguradora</b> pagará servicios de centros para pacientes terminales y cuidados paliativos si recibe un diagnóstico de <b>enfermedad</b> terminal y si el <b>asegurado</b> ya no puede recibir <b>tratamiento</b> que conduzca a su recuperación:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• alojamiento en centro para pacientes terminales</li> <li>• cuidados de <b>enfermero(a)</b> profesional calificado</li> <li>• medicamentos recetados y terapias para disminuir el dolor corporal</li> <li>• cuidados físicos, psicológicos, sociales y espirituales</li> </ul> | 100% |
|--|------|

|   |                               |
|---|-------------------------------|
| <p><b>Rehabilitación multidisciplinaria</b><br/> La <b>Aseguradora</b> pagará por la <b>rehabilitación</b>, incluyendo habitación, alimentos y una combinación de terapias físicas, ocupacionales y de fonoaudiología, después de un acontecimiento como un infarto cerebral. La <b>Aseguradora</b> pagará por <b>rehabilitación</b> únicamente cuando haya recibido autorización previa al inicio del <b>tratamiento</b>. La <b>Aseguradora</b> sólo cubrirá los gastos por <b>rehabilitación</b> cuando:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sea considerada <b>médicamente necesaria</b>, después de revisar la información médica correspondiente, y</li> <li>• Sea parte del <b>tratamiento</b> recibido para dicha condición cubierta bajo la <b>póliza</b>.</li> </ul> <p><b>Nota:</b> Para que la <b>Aseguradora</b> pueda otorgar una autorización previa, el <b>médico</b> deberá proporcionar la información clínica completa del <b>asegurado</b>, incluyendo el diagnóstico, el <b>tratamiento</b> recibido o por recibir, y la fecha planeada o propuesta para darle de alta si el <b>asegurado</b> se encuentra internado para recibir <b>rehabilitación</b>.</p> <p>Exclusiones y restricciones:<br/> Consultar el numeral 4.27 de las Exclusiones y Limitaciones.</p> | US\$300 por día hasta 30 días |
|---|-------------------------------|

### Beneficios Adicionales

|  |
|--|
| <p><b>Incorporación del recién nacido en la póliza</b><br/> Para que el <b>recién nacido</b> disfrute de cobertura <b>bajo</b> esta póliza sin necesidad de requisitos adicionales de evaluación de riesgo, al menos uno de los padres del <b>recién nacido</b> debe tener por lo menos 10 meses cumplidos de cobertura continua bajo esta <b>póliza</b>. El <b>Asegurado Titular</b> deberá presentar dentro de los primeros 90 días después del parto un acta o certificado de nacimiento que contenga el nombre completo del <b>recién nacido</b>, su sexo, talla y peso, la fecha de su nacimiento y el nombre de los padres.</p> <p>Se requerirá la presentación de una <b>Solicitud de Seguro Individual para Gastos Médicos Mayores</b> para incluir al <b>recién nacido</b> en la <b>póliza</b>, la cual estará sujeta a evaluación de riesgo si</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>la notificación no es recibida durante los 90 días después del parto, o</li> <li>ninguno de los padres ha cumplido los 10 meses de cobertura continua bajo esta <b>póliza</b>, o</li> <li>el <b>recién nacido</b> es adoptado o ha nacido de una maternidad subrogada.</li> </ol> <p>La incorporación del <b>recién nacido</b> en la <b>póliza</b> queda sujeta a la obligación de pago de la prima correspondiente.</p> |
|--|

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