

The background of the entire page is a close-up photograph of two young girls. The girl on the left is smiling broadly, showing her teeth. The girl on the right is leaning in and kissing her on the cheek. They are both wearing patterned shirts. A light blue cup is visible in the bottom right corner.

Guía para Asegurados

Plan Médico Premier 1

Bupa Panamá





Contenido

La diferencia Bupa Panamá	3
Bienvenido a Bupa Premier 1.....	4
USA Medical Services.....	5
Administre su póliza en Mi Bupa	5
La importancia de notificar	7
Cómo presentar una reclamación ..	10
Su cobertura.....	12
Lista de Reembolsos	28
GLOSARIO.....	32



La diferencia Bupa Panamá

Bupa Panamá ofrece a sus asegurados una cobertura internacional de alta calidad, productos y servicios para acceder a la atención médica que necesitan en cualquier momento y en cualquier lugar del mundo, estando en casa o cuando están estudiando, viviendo, viajando o trabajando en el extranjero.

Al elegirnos, se une a una de las principales empresas internacionales de seguros de salud.

Bupa Global Latinoamérica es la división de seguros médicos internacionales de Bupa Global en el continente americano, con oficinas y operaciones clave en Guatemala, Panamá, República Dominicana, Colombia, Ecuador, Bolivia y Chile, y cuenta también con importantes negocios de provisión en Perú con AngloLab, Resomasa e IntegraMédica.

Bupa, con más de 70 años de experiencia y 16.7 millones asegurados internacionales, atención médica a más de 15 millones de personas en nuestros centros de atención médica.

Bienvenido a Bupa Premier 1

Gracias por elegir a Bupa, el compromiso con nuestros asegurados es testimonio de nuestra capacidad para velar por su salud como su patrimonio más importante. Por eso, le ofrecemos más que una póliza de seguro. Cuidamos de su salud y protegemos su bienestar. Nuestro propósito es vidas más largas, sanas y felices.

En esta guía encontrará información que le ayudará a conocer cómo administrar y utilizar sus beneficios. Por favor revise sus Términos y Condiciones y sus Condiciones Particulares, los cuales contienen los detalles de su cobertura.

Si tiene alguna pregunta sobre su plan, puede comunicarse con la Línea de Ayuda al Cliente de Bupa.



Línea de ayuda al cliente

Nuestro personal de servicio al cliente está disponible lunes a viernes de 8:00 A.M. a 5:00 P.M. (EST) para ayudarle con:

Preguntas sobre su cobertura

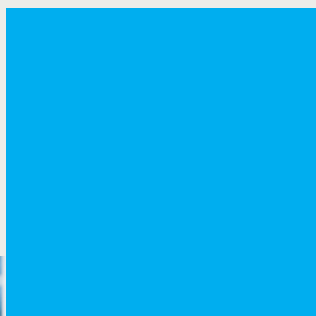
Cambios a su cobertura

Actualización de sus datos personales

Tel: (507) 321 6200

www.bupasalud.com/MiBupa

www.bupasalud.com.pa



Dirección postal

Bupa Panamá, S.A. P.H.
PrimeTime, Piso 25,
Oficina25B Costa del Este,
Ave. La Rotonda. Panamá,
República de Panamá

USA Medical Services

Su línea directa a la experiencia médica

Como parte del grupo Bupa, USA Medical Services ofrece a los asegurados de Bupa apoyo profesional al presentar una reclamación. Sabemos que es natural sentirse ansioso durante una enfermedad o después de un accidente; por eso hacemos todo lo posible para ayudarlo a coordinar su hospitalización y ofrecerle el asesoramiento y la ayuda que necesite.

USA Medical Services desea que usted y su familia tengan la tranquilidad que se merecen. En caso de una crisis médica, ya sea que necesite verificar beneficios o una ambulancia aérea, nuestro personal profesional está a su alcance con sólo una llamada las 24 horas del día, los 365 días del año. Nuestro personal profesional mantendrá una comunicación constante con usted y su familia, recomendando el hospital y/o especialista adecuado durante cualquier crisis médica.

Cuando ocurre lo peor, estamos a su alcance con sólo una llamada

En caso de una evacuación médica de emergencia, USA Medical Services proporciona aviso anticipado a la instalación médica, manteniendo una comunicación continua durante el traslado. Mientras se suministra el tratamiento y cuidado inicial, USA Medical Services sigue de cerca el progreso del paciente y reporta a su familia y seres queridos cualquier cambio en su condición.



Emergencias médicas

En caso de una emergencia médica fuera de las horas habituales de trabajo, por favor comuníquese con el personal de USA Medical Services a través de Mi Bupa, www.bupasalud.com/MiBupa, o contáctelo al:

Desde Panamá:

- Tel (507) 321 6200

En los EE.UU.:

- +1 (305) 275-1500

Sin cobro dentro de los EE.UU.:

- +1 (800) 726-1203

Fuera de los EE.UU.: El número de teléfono se encuentra en su tarjeta de seguro o en www.bupasalud.com

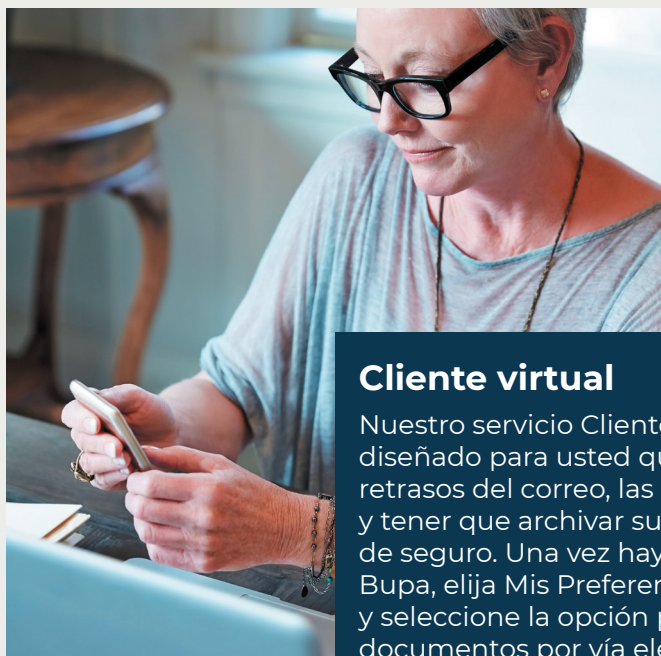
Administre su póliza en Mi Bupa

¡En línea para hacer su vida más fácil!

Ingresa a www.bupasalud.com, busque la sección “Mi Bupa” y siga los pasos de registro con su correo electrónico, para que administre su póliza desde la comodidad de su casa u oficina, y disfrute de todos nuestros servicios en línea:

- Acceso a los documentos de su póliza
- Consultas y dudas sobre su plan
- Cambios y pagos
- Solicite su reembolso o la pre-autorización de sus servicios médicos
- Consulte el estado de sus tramites

Visite www.bupasalud.com/MiBupa



Cliente virtual

Nuestro servicio Cliente Virtual ha sido diseñado para usted que desea evitar los retrasos del correo, las cartas extraviadas y tener que archivar sus documentos de seguro. Una vez haya ingresado a Mi Bupa, elija Mis Preferencias bajo Mi Perfil, y seleccione la opción para recibir sus documentos por vía electrónica.

La importancia de notificar

Es importante recordar que ciertos beneficios, independientemente del tipo de póliza que tenga, requieren pre-notificación. Al pre-notificar a USA Medical Services, usted recibe:

1. **Ayuda** para entender y coordinar sus beneficios, con acceso directo a nuestro equipo de personal calificado las 24 horas del día.
2. **Apoyo** de nuestro equipo que le ofrece orientación a usted y su familia para identificar el mejor tratamiento y servicio médico a su alcance: los mejores hospitales, médicos acreditados y servicios en su comunidad.
3. **Acceso** a representantes calificados con extensa experiencia en la industria, quienes le ayudarán a evitar o reducir recargos y gastos médicos innecesarios.
4. La mejor **atención administrativa** antes, durante y después de su tratamiento.

Antes

Nuestro personal profesional se comunicará inmediatamente con el médico del paciente y la instalación médica. En cuanto recibimos toda la información necesaria de su proveedor, incluyendo los expedientes médicos, nuestro personal profesional coordinará el pago directo y confirmará sus beneficios. Así es como garantizamos a nuestros asegurados su ingreso al hospital sin contratiempos, evitándole la preocupación de pagos y reembolsos. Además, le ayudamos a coordinar y programar ambulancias aéreas y segundas opiniones médicas y quirúrgicas.

Durante

Durante el tratamiento y/o la hospitalización, nuestro personal profesional llevará un control del paciente mediante la comunicación frecuente con el médico y el personal hospitalario, además de dar seguimiento al progreso, resultados y tratamientos necesarios. También ofrecemos información y apoyo a la familia del paciente sobre los últimos avances de la medicina y los tratamientos más modernos. Nuestro personal visitará a los pacientes, se comunicará con sus familias para contestar preguntas y ofrecer asistencia, y se asegurará que el paciente esté recibiendo un servicio de la mejor calidad.

Después

Después de que el paciente es dado de alta del hospital o termina su tratamiento, nuestro personal profesional coordinará cualquier tratamiento o terapia de seguimiento, y hará los trámites necesarios hasta que se procese el pago de la reclamación.

Si necesita consultar a un especialista o hacerse exámenes de diagnóstico

Solicite su pre-autorización a través de Mi Bupa o llame al (507) 321 62 00, por lo menos 72 horas antes de la cita.

Por favor incluya la siguiente información:

- El nombre del médico que hace la referencia médica
- El nombre del médico a quien ha sido referido
- El examen de diagnóstico que necesita
- A qué hospital prefiere ir
- Copia de las notas clínicas o expedientes médicos referentes a su condición

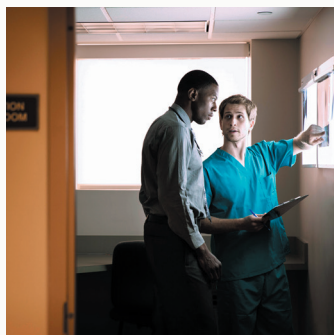


Si necesita cirugía, tratamiento ambulatorio o ser hospitalizado

Solicite su pre-autorización a través de Mi Bupa o llame al (507) 321 62 00, por lo menos 72 horas antes del tratamiento.

Por favor incluya la siguiente información:

- La condición/síntomas que se están tratando
- El tratamiento propuesto
- El nombre del médico que hace la referencia médica
- El médico y hospital a donde prefiere ir
- Copia de las notas clínicas o expedientes médicos referentes a su condición





Si necesita terapia física o rehabilitación después de una cirugía

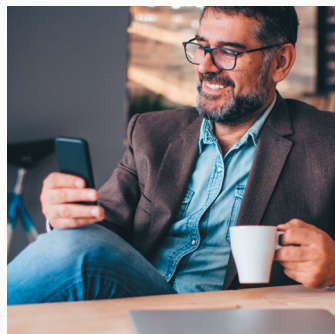
Solicite su pre-autorización a través de Mi Bupa o llame al (507) 321 62 00, por lo menos 72 horas antes del tratamiento.

Por favor incluya la siguiente información:

- El plan para su terapia, que debe incluir cuántas sesiones terapéuticas son necesarias y cuál es el progreso que se espera alcanzar
- El terapeuta que estará consultando

Una vez contemos con toda la información:

- Verificaremos que su póliza esté vigente cuando necesita el tratamiento
- Verificaremos que la condición y tratamiento cumplen con los requisitos estipulados en los términos y condiciones de su plan
- Confirmaremos su cobertura con el médico y el hospital



Cómo presentar una reclamación

Le ofrecemos un proceso rápido y fácil para presentar reclamaciones, ya sea por pago directo o reembolso. Algunos beneficios necesitan ser pre-notificados; por ello asegúrese de consultar su Tabla de Beneficios.

Nos reservamos el derecho de solicitar más información médica para poder procesar su reclamación.

1

Pago Directo

Pagamos directamente al proveedor de servicios médicos

Para proceder de forma rápida y eficiente con las autorizaciones, el equipo de servicios médicos debe recibir del proveedor de servicios médicos, agente, intermediario o consultor o asegurado toda la Información de su evento médico, incluyendo los honorarios médicos y resultados de los estudios. En algunos casos será necesario el envío de información adicional para su aprobación.

Reembolso

Usted paga al proveedor de servicios médicos y solicita el reembolso de los gastos

Puede presentar su reclamación a través de www.bupasalud.com.pa/MiBupa, en la opción de crear un reembolso, o a través de su agente, intermediario o consultor.

Si usted necesita asistencia con alguna reclamación, contáctenos a través de www.bupasalud.com\MiBupa, en nuestra opción de Consultas.

**O llámenos al:
+ (507) 321 6200**

Esta información de contacto también la puede encontrar en su tarjeta del seguro.

2

Si el caso es procedente, se enviará autorización al proveedor de servicios médicos, y usted será responsable del pago del deducible de acuerdo a lo estipulado por su póliza.

El proveedor de servicios médicos enviará la factura posteriormente.

Deberá completar la información de su evento médico y adjuntar la información requerida como las facturas, comprobantes de pago e información médica.

Recibirá la confirmación que su solicitud fue recibida y está en proceso.

3

Realizaremos el pago directamente al proveedor de servicios médicos.

Nos encargamos de revisar y evaluar la información para determinar la procedencia de la reclamación y el reembolso.

Por favor envíe los documentos originales para poder efectuar su reembolso.

Se le enviará un informe de los pagos efectuados.

Sus beneficios son pagados de acuerdo a la Tabla de Beneficios.

A estos beneficios se le descuenta el deducible que usted eligió para su póliza y coaseguro correspondiente.

Usted puede dar seguimiento y consultar el estatus de sus reembolsos a través de Mi Bupa, en la opción de Mis Reembolsos.

Su cobertura

El Plan Médico Premier 1 le ofrece dos opciones de cobertura.

Cualquiera que sea la cobertura que elija, usted obtendrá excelentes beneficios y estará cubierto tanto dentro como fuera de la red de proveedores de Bupa Panama S.A., lo cual le ofrece completa libertad de elección al decidir qué clínica, hospital, o especialista desea utilizar.

Opciones de cobertura

Premier 1 • Diamond: Esta opción ofrece extensos servicios, beneficios excelentes, y cobertura mundial para tratamientos tanto hospitalarios como ambulatorios. La suma anual asegurada es ilimitada, lo cual le ofrece tranquilidad completa.

Premier 1 • Gold: Esta opción ofrece extensos servicios y generosos beneficios para tratamientos tanto hospitalarios como ambulatorios. Además, le permite la posibilidad de elegir entre una cobertura exclusiva para América Latina⁽¹⁾ y otra de carácter mundial. La suma anual asegurada es de US\$ 1.5 millones.

Elección de deducible

Ofrecemos una serie de opciones de deducibles anuales para ayudarle a reducir el precio que usted paga por su cobertura: cuanto mayor sea el deducible, tanto menor será la prima. Usted puede elegir entre los siguientes deducibles:

Deducibles (en US\$)					
250	500	1,000	2,000	5,000	10,000

Se aplica sólo un deducible por persona y por año de póliza, el cual cuenta para todos los servicios. Sin embargo, para ayudarle a reducir sus gastos, su familia sólo tendrá que pagar el importe correspondiente a la suma de los dos deducibles de mayor cuantía de su póliza.

Coaseguro

El coaseguro es la parte de los gastos médicos que usted debe pagar por cada hospitalización en los Estados Unidos. Después de haber sido aplicado el deducible, teniendo en consideración los límites específicos, la Compañía reembolsará el 80% de los primeros US\$ 5,000, y el 100% del balance pendiente. Esto significa que el coaseguro máximo que usted tiene que pagar para cada hospitalización en los Estados Unidos es de US\$ 1,000. Ningún coaseguro será cobrado en relación con gastos por concepto de maternidad o accidentes graves.

Niños

Cuando uno de los padres tenga derecho a los beneficios de maternidad, su hijo recién nacido será automáticamente incluido en la póliza de tal padre, independientemente del estado de salud del niño al nacer⁽²⁾. Una característica distintiva del Plan Médico Premier 1 es que dos niños menores de diez años pueden ser asegurados gratuitamente.

Cobertura de por vida

Usted podrá ser asegurado a pesar de la mayoría de condiciones médicas que haya podido sufrir antes de suscribir el seguro. Los consultores de Bupa Panamá S.A. llevarán a cabo una evaluación de su caso, y decidirán las condiciones de su póliza de seguro. Es posible que le sea cobrada una sobreprima o que sea declarada una exclusión sobre su cobertura.

Personas de todas las nacionalidades residentes en Panamá que no hayan cumplido los 75 años de edad, podrán solicitar el seguro. Una vez aceptada la solicitud, la renovación de su póliza estará garantizada de por vida, sin importar ni su edad ni cambios en su estado de salud. Aun si desarrollara una condición crónica a largo plazo, ello no influirá sobre los términos bajo los cuales se haya suscrito el seguro.

Ocupaciones y actividades

Sea cual sea su trabajo, o a donde sea que éste le lleve, usted permanecerá cubierto. No existen restricciones con respecto a sus aficiones o al tipo de deportes que usted practique, aún a nivel profesional. Para mayores detalles, vea por favor la Lista de Reembolsos y las Condiciones de Póliza.

(1) Para la definición de "América Latina", por favor vea el Glosario.

(2) Vea la Cláusula 8.2 h

Válida a partir del 2022

De conformidad con la Ley Vigente de Seguros

- Cláusula 1:** Aceptación del seguro
- Cláusula 2:** Cuándo entra en vigor el seguro
- Cláusula 3:** Períodos de espera en relación con nuevos contratos de seguro
- Cláusula 4:** Quién está cubierto por el seguro
- Cláusula 5:** Dónde es efectiva la cobertura
- Cláusula 6:** Indemnización
- Cláusula 7:** Evacuación médica
- Cláusula 8:** Excepciones a la compensación
- Cláusula 9:** Cómo presentar una reclamación
- Cláusula 10:** Cobertura por terceros
- Cláusula 11:** Pago de la prima
- Cláusula 12:** Información necesaria para la Compañía
- Cláusula 13:** Cesión, cancelación y cese
- Cláusula 14:** Confidencialidad
- Cláusula 15:** Litigios, fuero, etc.

Lista de Reembolsos

Glosario

Cláusula 1: Aceptación del seguro

- 1.1 Bupa Panama S.A., en adelante denominada la Compañía, determinarán si la cobertura de seguro puede ser aprobada. Para que el seguro sea aprobado y la Compañía se convierta en su aseguradora, la solicitud debe ser aprobada por la Compañía, y la prima correspondiente debe ser pagada a la Compañía.
- 1.2 Para que el seguro sea aceptado por la Compañía, debe presentarse una solicitud antes de cumplir los setenta y cinco (75) años. La Compañía se reserva el derecho, en casos excepcionales, de renunciar a este requisito.
- 1.3 Para que el seguro pueda ser ofrecido por la Compañía bajo las condiciones generales, el solicitante debe gozar de buena salud al momento de la aceptación y no sufrir ni haber sufrido ninguna enfermedad o trastorno recurrentes, ni lesión o debilidad física alguna.
 - 1.3.1 En caso de no cumplirse las condiciones de la Cláusula 1.3, la Compañía podrá ofrecer el seguro bajo condiciones especiales. En caso de que la Compañía decida ofrecer el seguro bajo tales condiciones, el titular del seguro recibirá un certificado de cobertura confirmando las mismas.
- 1.4 En caso de que el estado de salud del solicitante cambie después de la firma de la solicitud, pero antes de la aceptación de ésta por parte de la Compañía, el solicitante estará obligado a comunicarle de inmediato a la Compañía tal cambio.
 - 1.4.1 El omitir la notificación indicada en el Cláusula 1.4 conlleva la cancelación automática de la cobertura, en caso de que la Compañía no hubiese aceptado o aprobado la solicitud debido al cambio en el estado de salud o a un cambio de dirección. Si la Compañía hubiera aceptado la solicitud pero bajo otras condiciones, la Compañía estará obligada hasta el punto en que se haya comprometido de acuerdo a la prima acordada.
- 1.5 El titular del seguro y sus dependientes bajo la póliza tienen la obligación de notificar de inmediato a la Compañía de cualquier cambio de residencia. Si el titular del seguro, o cualquiera de sus dependientes bajo la póliza, adquiere residencia en los Estados Unidos de América sin notificar a la Compañía al respecto, dicha omisión resultará en la cancelación de la cobertura. La Compañía no emitirá ni renovará una póliza de seguro a un asegurado que resida en los Estados Unidos o que mantenga una dirección registrada en dicho país.

Cláusula 2: Cuándo entra en vigor el seguro

- 2.1** El seguro entrará en vigor a partir de la fecha de aceptación de la solicitud por parte de la Compañía. La fecha de inicio aparecerá estipulada en el certificado de cobertura. La Compañía podrá convenir otra fecha de inicio con el titular del seguro.

Cláusula 3: Períodos de espera en relación con nuevos contratos de seguro

- 3.1** Al celebrarse un nuevo contrato de seguro, el derecho de compensación no entrará en vigor hasta cuatro (4) semanas después de la fecha de inicio del seguro. Sin embargo, este período de espera no se aplica cuando el asegurado pueda probar su transferencia simultánea de un seguro equivalente con otra compañía internacional de seguros de salud.
- 3.1.1** El derecho de compensación en caso de enfermedad grave y aguda, y lesión seria, será efectivo a partir de la fecha de inicio del seguro.
- 3.1.2** En el caso de embarazo y parto, el derecho de compensación entrará en vigor diez (10) meses después de la fecha de inicio del seguro.
- 3.2** El asegurado podrá cambiar la cobertura del seguro por otro tipo de cobertura con efecto a partir de la fecha de aniversario de la póliza, con previo aviso por escrito de un (1) mes de antelación a la Compañía y sujeto a prueba de asegurabilidad, conforme al Cláusula 1.
- 3.3** La Compañía tramitará una ampliación de la cobertura como una nueva solicitud, de conformidad con el Cláusula 1.

Cláusula 4: Quién está cubierto por el seguro

- 4.1** El seguro cubrirá a cada asegurado nombrado en el certificado de cobertura, incluyendo a los niños registrados como dependientes bajo la póliza.
- 4.2** Dos (2) niños menores de diez (10) años por familia podrán ser asegurados gratuitamente, si se cumplen los requisitos para la aceptación bajo las condiciones generales de conformidad con el Cláusula 1.3.
- 4.2.1** La cobertura gratuita para los niños estará sujeta, además, a lo siguiente: que el niño esté registrado en la Compañía; y que uno de los asegurados goce de la patria potestad del niño.
- 4.3** Deberá presentarse una solicitud por cada recién nacido.

4.3.1 Si la cobertura de uno de los padres ha estado en vigencia durante un mínimo de 10 (diez) meses, el recién nacido podrá recibir cobertura a pesar de lo indicado en el Cláusula 1.3, y sin necesidad de que sea presentado un formulario de solicitud. Sin embargo, por favor consulte el Cláusula 8.2.h. Deberá presentarse una copia del certificado de nacimiento dentro de un plazo de tres (3) meses a partir de la fecha de nacimiento. Si la Compañía no recibe dicho certificado dentro del plazo prescrito, se deberá seguir el procedimiento de admisión habitual para el recién nacido, conforme al Cláusula 1.

Ya que están excluidos de la cobertura todo tipo de pruebas y/o tratamientos de fertilidad, incluyendo tratamientos hormonales, inseminaciones o exámenes, y todo procedimiento relacionado con los mismos, incluyendo los gastos de embarazo, tratamiento pre y postnatal del recién nacido, se deberá presentar un formulario de solicitud y seguir el procedimiento habitual de admisión, conforme al Cláusula 1 para los niños nacidos como resultado de un tratamiento de fertilidad y/o nacidos de una madre sustituta.

4.3.2 En caso de adopción, el asegurado deberá presentar una Declaración de Salud por el niño adoptado.

Cláusula 5: Dónde es efectiva la cobertura

5.1 El seguro ofrecerá cobertura en la región geográfica que aparezca indicada en el certificado de cobertura.

Cláusula 6: Indemnización

6.1 El seguro cubrirá los gastos médicos del asegurado, de acuerdo con la cobertura elegida, y según las tarifas de reembolso correspondientes. Las tarifas de reembolso válidas aparecen en la Lista de Reembolsos.

6.2 Se otorgará la compensación, una vez que la Compañía haya verificado que los gastos estén cubiertos por el seguro y previa presentación de un Formulario de Solicitud de Reembolso debidamente relleno y acompañado de las facturas originales y especificadas, así como de los recibos de pago. Una vez que todos los documentos necesarios hayan sido recibidos por la Compañía, la indemnización se pagará no más de sesenta (60) días después, cuando corresponda.

6.3 Cuando los gastos cubiertos hayan alcanzado el deducible anual, se pagará el importe reembolsable. El deducible se reducirá con importes que no excedan las tarifas de reembolso especificadas en la Lista de Reembolsos válida. El deducible se aplicará por persona y por año póliza. Sin embargo, se aplicarán como máximo dos (2)

deducibles por familia, por año de póliza (el deducible máximo a aplicar por año de póliza, corresponderá a la suma de los dos (2) deducibles de mayor cuantía de la póliza). Cada hospitalización en los Estados Unidos estará sujeta a un coaseguro. Cuando se hayan agotado tanto el deducible como los límites específicos determinados, la Compañía reembolsará el 80% de los primeros US\$ 5,000 y el 100% de la suma que exceda los US\$ 5,000, hasta el total de las tarifas de reembolso relevantes.

6.3.1 En caso de un accidente grave, no se aplica ni el deducible ni el coaseguro para el período de la primera hospitalización.

6.4 Los médicos y especialistas que realicen el tratamiento deberán tener una autorización en el país donde ejerzan su profesión. Además, el método de tratamiento deberá estar aprobado y ser considerado como adecuado para el diagnóstico en cuestión por parte de las autoridades de sanidad pública del país donde se lleve a cabo el tratamiento. Los métodos de tratamiento que aún no hayan sido aprobados por las autoridades de sanidad pública, pero que estén bajo investigación científica, sólo serán cubiertos con previa aprobación de los consultores médicos de la Compañía.

6.5 En ningún caso el importe de la compensación excederá el de la factura. Si el asegurado recibe una compensación por parte de la Compañía que excede el importe que le corresponde, el asegurado estará obligado a devolver de inmediato a la Compañía la suma excedente; de lo contrario, la Compañía deducirá el balance pendiente de cualquier otra cuenta por saldar que exista entre el asegurado y la Compañía.

6.6 El pago de la compensación estará limitado al precio usual, acostumbrado, y razonable en el área geográfica o el país donde se efectúe el tratamiento.

6.7 Cualquier descuento que sea negociado directamente entre la Compañía y los proveedores será utilizado exclusivamente por la Compañía en beneficio de todas las personas aseguradas bajo el mismo producto de seguro.

6.8 Cualquier pago extraordinario se dejará al arbitrio de la Compañía. Si la Compañía efectúa un pago que no le corresponde por derecho al asegurado, de acuerdo con las condiciones estipuladas en su póliza, el mismo será aplicado a la cobertura máxima anual del asegurado.

6.9 Ni la Compañía, ni ninguna de sus filiales o subsidiarias pertinentes relacionadas participarán en transacciones con cualquier parte o país donde dichas transacciones estén prohibidas por las leyes de los Estados Unidos de América, y únicamente con respecto a Bupa Panama S.A., donde esto también sea prohibido por las leyes

del Reino Unido y/o Dinamarca. Por favor comuníquese con USA Medical Services para obtener más información sobre esta restricción.

Cláusula 7: Evacuación médica

- 7.1** La cobertura de servicios de evacuación médica estará sujeta a las condiciones que se enumeran a continuación:
- 7.1.1** Se reembolsarán los gastos razonables incurridos por el asegurado por concepto de transporte en ambulancia aérea, en caso de producirse una enfermedad grave y aguda o una lesión seria. El transporte se realizará al lugar de tratamiento apropiado más cercano, y sólo en caso de no existir localmente un lugar de tratamiento adecuado.
 - 7.1.2** Los gastos de evacuación por concepto de transporte solamente estarán cubiertos si dicho transporte ha sido coordinado por la Compañía.
 - 7.1.3** La cobertura estará sujeta a que el médico tratante y el consultor médico de la Compañía se hayan puesto de acuerdo sobre la necesidad de trasladar al asegurado, así como también sobre el lugar al que el asegurado debe ser transferido, ya sea a su país de residencia, a su país de origen, o al lugar de tratamiento adecuado más cercano.
 - 7.1.4** El seguro cubrirá los gastos razonables y necesarios por concepto de transporte incurridos por una persona para acompañar al asegurado.
 - 7.1.5** Se cubrirá, como máximo, un transporte en el transcurso de una enfermedad.
 - 7.1.6** La cobertura de evacuación médica será efectiva únicamente si la enfermedad está cubierta por el seguro y si la cobertura del asegurado incluye el país al cual es necesario transportarle.
 - 7.1.7** Si el asegurado ha sido transportado para recibir tratamiento, se reembolsarán los gastos del viaje de regreso del asegurado y de la persona acompañante —si la hubiera— al lugar de domicilio del asegurado. Dicho viaje de regreso deberá efectuarse, a más tardar, noventa (90) días después de concluido el tratamiento. Se cubrirán, como máximo, los gastos de viaje equivalentes al precio de un pasaje de avión en clase económica.
 - 7.1.8** En caso que el asegurado se encuentre en la fase terminal después de haber recibido tratamiento cubierto por el seguro, se reembolsarán los gastos de viaje de regreso del asegurado y su acompañante (si lo hubiera) al país de residencia del asegurado.

7.1.9 En caso de fallecimiento, se reembolsarán los gastos de transporte a la residencia del fallecido y los gastos de requerimientos legales, tales como embalsamamiento y ataúd de zinc. Los parientes más próximos tendrán las siguientes opciones:

- a) cremación y transporte de la urna al país de residencia, o
- b) transporte del cuerpo al país de residencia.

7.1.10 La Compañía no será responsable ni de retrasos ni de restricciones en relación con el transporte causados por fenómenos meteorológicos, problemas mecánicos, restricciones impuestas por las autoridades públicas o por el piloto, u otras situaciones ajenas a la Compañía.

Cláusula 8: Excepciones a la compensación

8.1 El seguro no cubrirá los gastos médicos relacionados con una enfermedad o lesión ya conocida por el titular del seguro y/o por el asegurado al momento de solicitar el seguro, a menos que haya sido aprobado de antemano por la Compañía.

8.2 Además, la Compañía no será responsable de la compensación de los gastos relacionados con, causados por o incurridos como consecuencia de:

- a) toda cirugía y tratamiento estéticos, a no ser que hayan sido prescritos por un médico y aprobados por la Compañía;
- b) operaciones por obesidad, a menos que hayan sido preaprobadas por la Compañía;
- c) enfermedades venéreas, SIDA, enfermedades relacionadas con el SIDA, y enfermedades relacionadas con los anticuerpos VIH (seropositivo). Sin embargo, las enfermedades relacionadas con el SIDA y los anticuerpos VIH (seropositivo) estarán cubiertas cuando hayan surgido como consecuencia de una transfusión de sangre recibida después de la fecha de inicio de la cobertura, o en el caso de un accidente ocurrido bajo el transcurso de cualquiera de las siguientes profesiones solamente: médicos, dentistas, enfermeros, personal de laboratorio, trabajadores de hospital auxiliares, asistentes médicos o dentales, personal de ambulancia, comadronas, personal del cuerpo de bomberos, policías, y oficiales de penitenciaría. El asegurado deberá informar a la Compañía sobre dicho accidente antes de que transcurran catorce (14) días, y proporcionar el resultado de un examen de anticuerpos VIH negativo;
- d) abuso de alcohol, drogas y/o medicamentos;
- e) lesión física que uno se infiera intencionadamente;

- f) métodos anticonceptivos, incluyendo esterilización;
- g) aborto provocado a no ser que sea prescrito por un médico;
- h) todo tipo de pruebas y/o tratamientos de fertilidad, incluyendo tratamientos hormonales, inseminaciones o exámenes, y todo procedimiento relacionado con los mismos. Para los niños nacidos como resultado de un tratamiento de fertilidad y/o nacidos de una madre sustituta, se deberá presentar un formulario de solicitud y seguir el procedimiento habitual de admisión, conforme al Cláusula 1;
- i) tratamientos de disfunción sexual;
- j) cualquier forma de cuidado experimental o que no esté incluido en el tratamiento médico o quirúrgico, incluyendo estadía o tratamientos en establecimientos para cuidados de larga duración, centros hoteleros de salud y rehabilitación, clínicas de reposo e instituciones similares;
- k) tratamientos realizados por médicos naturistas u homeópatas, así como medicamentos naturistas u homeopáticos, y otros métodos de tratamiento alternativo, a no ser que éstos estén especificados en la Lista de Reembolsos; así como hospitalizaciones para tratamiento de la salud mental, cuyo único propósito sean procedimientos llevados a cabo por psicólogos;
- l) exámenes médicos de rutina a no ser que estén especificados en la Lista de Reembolsos, incluyendo vacunas, emisión de certificados, atestados y exámenes médicos de aptitud para viaje o empleo;
- m) tratamiento por enfermedades durante la prestación del servicio militar;
- n) tratamiento por lesiones o enfermedades causadas directa o indirectamente durante la participación activa en: guerra, invasión, acción de enemigo extranjero, hostilidades, con o sin declaración de guerra, guerra civil, acciones terroristas, rebelión, revolución, insurrección, perturbación del orden público, poder militar o poder usurpado, ley marcial, motines o la acción de cualquier autoridad legítimamente constituida, u operaciones militares, navales o aéreas, con o sin declaración de guerra;
- o) reacciones nucleares o lluvias radiactivas;
- p) tratamiento realizado por el asegurado y/o su familia o cualquier tratamiento recibido en una entidad perteneciente a, o relacionada con, cualquiera de las personas citadas;

- q) tratamiento de, o que surja como resultado de, cualquier enfermedad epidémica y/o pandémica y las vacunas, los medicamentos o los tratamientos preventivos para, o relacionados con, cualquier enfermedad epidémica y/o pandémica;
- r) tratamientos realizados por psicólogos;
- s) medicamentos, ya sean suministrados mediante inyección o de otra manera, artículos médicos y equipos auxiliares que no hayan sido suministrados durante una hospitalización, a no ser que estén especificados en la Lista de Reembolsos;
- t) hospitalización cuyo único propósito sea la administración de medicamentos, el tratamiento por parte de un terapeuta o de un profesional en prácticas médicas alternativas, o cualquier otro tratamiento que pudiese haberse llevado a cabo de forma ambulatoria.

Cláusula 9: Cómo presentar una reclamación

- 9.1** Se deberá enviar a Bupa Panama S.A. un Formulario de Solicitud de Reembolso debidamente rellenado por cada reclamación. Dicho formulario deberá ser rellenado y firmado por el médico tratante e ir acompañado de las facturas oficiales, originales y detalladas, y de los recibos por concepto del tratamiento efectuado. Las facturas y los recibos deben estar denominados en la moneda del país donde el tratamiento haya tenido lugar.

La tasa de cambio utilizada para procesar pagos de facturas emitidas en otras monedas que no sean dólares americanos, será determinada según la fecha de prestación del servicio, a discreción de la Compañía. Adicionalmente, la Compañía se reserva el derecho de efectuar el pago o reembolso en la moneda en que se facturó el servicio o tratamiento.

- 9.2** Se deberá enviar prueba de la reclamación por escrito a la Compañía de inmediato y a más tardar noventa (90) días después del incidente cubierto por el seguro y objeto de la reclamación.

9.2.1 Cualquier queja sobre la tramitación de reclamaciones por parte de la Compañía deberá ser notificada en el término de treinta (30) días a partir de la recepción del importe de la compensación.

- 9.3** Toda hospitalización deberá comunicarse de inmediato a la Compañía indicando el diagnóstico establecido por el médico. Toda notificación deberá realizarse por teléfono o e-mail. La Compañía reembolsará todos los gastos relacionados con dicha notificación.

- 9.3.1** Todo servicio de admisión por el día o tratamiento durante una hospitalización, que tenga lugar dentro de la red de proveedores de la Compañía en los Estados Unidos, deberá ser preaprobado por la Compañía. En caso de que no se haya solicitado preaprobación, los gastos sólo serán reembolsables de acuerdo con las tarifas máximas indicadas en la Lista de Reembolsos vigente para tratamientos fuera de la red. Si debido a una emergencia, el asegurado no tiene la posibilidad razonable de ponerse en contacto con la Compañía para obtener dicha preaprobación, el asegurado estará en la obligación de informar a la Compañía sobre cualquier admisión hospitalaria dentro de un plazo no mayor a setenta y dos (72) horas.
- 9.3.2** Si, durante la fase aprobatoria, se hace evidente que la red de proveedores de la Compañía en los Estados Unidos no puede ofrecer el tratamiento necesario, la Compañía reembolsará los gastos incurridos como si el tratamiento hubiera sido realizado dentro de la red de proveedores.

Cláusula 10: Cobertura por terceros

- 10.1** En caso de tener otra cobertura médica u otra póliza de seguro, ello deberá ser declarado ante la Compañía al solicitar un reembolso.
- 10.2** Bajo estas circunstancias, la Compañía coordinará los pagos con otras aseguradoras, y la Compañía no será responsable de liquidar un importe mayor al proporcional.
- 10.3** Si los gastos son cubiertos parcialmente o en su totalidad bajo otro plan o programa financiado por un gobierno, la Compañía no será responsable del importe cubierto.
- 10.4** El titular del seguro y cualquier otra persona asegurada se comprometen a cooperar con la Compañía y a notificarle inmediatamente cualquier reclamación o derecho contra terceros.
- 10.5** Así mismo, el titular del seguro y cualquier otra persona asegurada mantendrán a la Compañía informada, y tomarán las medidas correspondientes para reclamar ante terceros y salvaguardar los intereses de la Compañía.
- 10.6** La Compañía tiene el derecho de subrogación o reembolso por parte y en nombre del asegurado a quien ha pagado una reclamación, cuando el asegurado haya recobrado todo o parte de dicho pago de una tercera entidad. Además, la Compañía se reserva el derecho de proceder en nombre del asegurado, asumiendo los gastos contra terceras personas que puedan ser responsables de causar una reclamación bajo esta póliza, o que puedan ser responsables de proporcionar indemnización de beneficios por cualquier reclamación bajo esta póliza.

Cláusula 11: Pago de la prima

- 11.1** Las primas serán determinadas por la Compañía, y deberán pagarse por adelantado. La Compañía ajustará las primas una vez al año, en la fecha de aniversario de la póliza, con base en los cambios del año calendario anterior en las coberturas y/o en la evolución de siniestros de la clase de seguro que corresponda.
- 11.2** La prima se cotiza según la edad del asegurado; por lo tanto, también será ajustada en la primera fecha de vencimiento de la prima después de la fecha de cumpleaños del asegurado.
- 11.2.1** En el caso de un hijo dependiente que cumpla diez (10) años, se cobrará una prima proporcional en la fecha de vencimiento antes de que el niño cumpla los diez (10) años.
- 11.3** La prima inicial será pagadera a la fecha de inicio de la póliza. El titular del seguro podrá elegir entre pagos semestrales o anuales.
- 11.4** Los cambios del término de pago podrán efectuarse únicamente con previo aviso por escrito, presentado a más tardar treinta (30) días antes de la fecha de aniversario de la póliza.
- 11.5** **Período de gracia:** La Compañía concederá un período de gracia de treinta (30) días hábiles a partir de la fecha de vencimiento del pago de la prima. Si el pago no ha sido recibido en la fecha de vencimiento, la Compañía enviará al titular del seguro un Aviso de Cancelación, según lo estipulado en el Artículo 161 de la ley vigente de seguros, el cual establece que todo Aviso de Cancelación de la póliza deberá ser notificado mediante envío al titular del seguro a la última dirección física, postal o electrónica que conste en el expediente de la póliza que mantiene la Compañía. Copia del Aviso de Cancelación deberá ser enviada al corredor de seguros. El titular del seguro deberá notificar a la Compañía cualquier cambio de dirección correspondiente; de lo contrario, se tendrá por válido el último que conste en el expediente de la póliza. El Aviso de Cancelación de la póliza por incumplimiento de pago de la prima deberá enviarse al titular del seguro por escrito, con una anticipación de quince (15) días hábiles. Si el Aviso de Cancelación no es enviado, el contrato seguirá vigente y se aplicará lo que al respecto dispone el Artículo 998 del Código de Comercio.
- 11.6** **Suspensión de cobertura:** El titular del seguro es responsable del pago puntual de la prima. Cuando el titular del seguro haya efectuado el pago de la primera fracción de la prima y se atrase por más del término del período de gracia de treinta (30) días estipulado en el pago de alguna de las fracciones de prima subsiguientes conforme al calendario de pago establecido en la póliza correspondiente, se entenderá que ha incurrido en incumplimiento de pago, lo que tiene el efecto jurídico inmediato de suspender la cobertura de la

póliza hasta por sesenta (60) días, según lo establece el Artículo 156 de la ley vigente de seguros.

La suspensión de cobertura se mantendrá hasta que cese el incumplimiento de pago, pudiendo rehabilitarse a partir del pago de la prima dejada de pagar durante dicho período o hasta que la póliza sea cancelada, conforme a lo que dispone el Artículo 161 de la ley vigente de seguros. La Compañía no podrá cancelar el contrato correspondiente hasta el vencimiento del período de suspensión de sesenta (60) días.

- 11.7** En caso de fallecimiento del titular del seguro, la prima podrá ser exonerada de pago por un período de doce (12) meses desde la próxima fecha de vencimiento de la misma. La muerte deberá haber sido causada por una condición médica que hubiera sido cubierta por el seguro, si el titular del seguro hubiera sobrevivido. La exoneración será válida únicamente para el(la) cónyuge o pareja y sus hijos menores de veinticuatro (24) años que permanezcan asegurados bajo la póliza existente, y cesará automáticamente en caso de que el(la) cónyuge o pareja sobreviviente contraiga matrimonio. La exoneración no abarca ninguna de las coberturas suplementarias.
- 11.8** Llamamos su atención sobre las disposiciones de la Cláusula 6.5 acerca del pago de importes pendientes: En ningún caso el importe de la compensación excederá el de la factura. Si el asegurado recibe una compensación por parte de la Compañía que excede el importe que le corresponde, el asegurado estará obligado a devolver de inmediato a la Compañía la suma excedente; de lo contrario, la Compañía deducirá el balance pendiente de cualquier otra cuenta por saldar que exista entre el asegurado y la Compañía.
- 11.9** El pago de la prima podría estar sujeto al pago de impuestos u otros cargos, los cuales podrán ser cobrados e incluidos como parte del total facturado por concepto de prima.

Cláusula 12: Información necesaria para la Compañía

- 12.1** El titular del seguro y/o el asegurado estarán obligados a comunicarle por escrito a la Compañía cualquier cambio de nombre o domicilio, así como cualquier cambio en la cobertura de seguro médico con otra compañía, incluso cualquier compañía afiliada. Si el titular del seguro y/o el asegurado cambian su dirección a una zona con tarifas de prima distintas, la prima vigente para esta nueva zona entrará en vigor a partir de la próxima fecha de aniversario. Así mismo, deberá notificarse la defunción del titular del seguro y/o cualquier otro asegurado bajo la póliza. La Compañía no será responsable de las consecuencias, en caso de que el titular del seguro y/o los asegurados hayan omitido notificarle a la Compañía tales sucesos.

- 12.2** El asegurado también está obligado a proveerle a la Compañía todas las informaciones asequibles y necesarias para la tramitación, por parte de la Compañía, de las reclamaciones presentadas por el asegurado.
- 12.3** La Compañía se reserva el derecho de obtener información sobre el estado de salud del asegurado y de dirigirse a cualquier hospital, médico, etc., que atienda o haya atendido al asegurado por enfermedades o trastornos físicos o psíquicos. La Compañía, además, se reserva el derecho de obtener cualquier historial médico u otros reportes e informes escritos sobre el estado de salud del asegurado.

Cláusula 13: Cesión, cancelación y cese

- 13.1** Nadie podrá, sin el previo consentimiento por escrito de la Compañía, dar en prenda o ceder sus derechos conforme al seguro.
- 13.2** El seguro será renovado automáticamente en cada fecha de aniversario de la póliza. Dichas renovaciones automáticas están condicionadas a que el titular del seguro o los asegurados no hayan violado la ley del contrato a la fecha de la renovación. Las excepciones con respecto a las renovaciones automáticas se detallan en el Cláusula 1.5. El titular del seguro y sus dependientes bajo la póliza tienen la obligación de notificar de inmediato a la Compañía de cualquier cambio de residencia. Si el titular del seguro, o cualquiera de sus dependientes bajo la póliza, adquiere residencia en los Estados Unidos de América sin notificar a la Compañía al respecto, dicha omisión resultará en la cancelación de la cobertura. La Compañía no emitirá ni renovará una póliza de seguro a un asegurado que resida en los Estados Unidos o que mantenga una dirección registrada en dicho país.
- 13.2.1** El seguro podrá ser cancelado por el titular del seguro con efectividad a partir de la fecha de aniversario de la póliza, previo aviso por escrito de tres (3) meses. El seguro deberá haber permanecido vigente durante un mínimo de doce (12) meses.
- 13.3** En caso de que el titular del seguro y/o el asegurado, al momento de la suscripción del seguro o posteriormente, hayan alterado documentos originales de modo fraudulento o le hayan presentado información incorrecta a la Compañía o hayan ocultado hechos que se consideren de importancia para la misma, el contrato de seguro quedará nulo y sin efecto para ella.
- 13.4** En caso de que el titular del seguro y/o el asegurado, al momento de la suscripción del seguro o posteriormente, hayan dado informaciones incorrectas, el contrato de seguro quedará nulo, y la Compañía quedará exenta de responsabilidad, si la Compañía, de

haberse dado la información correcta, no hubiera aceptado la solicitud de seguro. Si la Compañía hubiera aceptado dicha solicitud, pero bajo condiciones especiales, la Compañía será responsable en la misma medida en que se hubiera comprometido en conformidad con la prima convenida.

13.4.1 En caso de que el contrato de seguro sea considerado como nulo, conforme a las Cláusulas 13.3 y 13.4, la Compañía tendrá derecho a honorarios de servicio equivalentes a un cierto porcentaje de la prima devengada.

13.5 En caso de que el titular del seguro y/o el asegurado, al suscribir el seguro, no supieran ni debieran haber sabido que la información dada era incorrecta, la Compañía será responsable como si la información incorrecta no hubiera sido revelada.

13.6 La Compañía podrá detener o suspender un producto de seguro, con previo aviso de tres (3) meses antes del aniversario de la póliza, ofreciéndole al asegurado una cobertura de seguro equivalente.

13.7 La responsabilidad de la Compañía terminará automáticamente al finalizar el período del seguro, incluyendo la responsabilidad por cualquier tratamiento en curso, daños consecuentes, y efectos secundarios de una lesión o enfermedad ocurrida durante el período del seguro. Por consiguiente, al expirar la cobertura del seguro, el derecho a compensación se dará por terminado, incluyendo el derecho a compensación por reclamos presentados después de 6 (seis) meses de la fecha de expiración de la cobertura del seguro.

Cláusula 14: Confidencialidad

14.1 La confidencialidad de la información sobre pacientes y clientes es de vital importancia para la Compañía. Con ese fin, la Compañía cumple plenamente con las Leyes sobre Protección de Datos y Reglamentos de Confidencialidad de la Información Médica. En algunas ocasiones, la Compañía utiliza los servicios de terceros para procesar datos en nombre nuestro. Este proceso está sujeto a restricciones contractuales con respecto a confidencialidad y seguridad, además de las obligaciones impuestas por la Ley sobre la Protección de Datos.

Cláusula 15: Litigios, fuero, etc.

15.1 Cualquier litigio que pudiera derivarse de, o relacionarse con, el presente contrato de seguro será resuelto de conformidad con la legislación panameña, teniendo como fuero la Ciudad de Panamá, República de Panamá, y estará sujeto exclusivamente a la jurisdicción de los tribunales de la República de Panamá.

Lista de Reembolsos

Válida a partir del 2022

Los gastos serán reembolsados según las tarifas expuestas a continuación. Los reembolsos serán pagaderos cuando el importe total a reembolsar exceda el deducible elegido. La Lista de Reembolsos forma parte de las Condiciones de la Póliza. Por consiguiente, recomendamos leer atentamente ambos textos.

Ciertas palabras en la Lista de Reembolsos y en las Condiciones de la Póliza son términos definidos; es decir, términos específicos de especial relevancia para su cobertura, los cuales se definen en el Glosario que se encuentra al final de esta misma Guía.

Cabe destacar que ni la Compañía, ni ninguna de sus filiales o subsidiarias pertinentes relacionadas participarán en transacciones con cualquier parte o país donde dichas transacciones estén prohibidas por las leyes de los Estados Unidos de América, y únicamente con respecto a Bupa Panamá S.A., donde esto también sea prohibido por las leyes del Reino Unido y/o Dinamarca. Por favor comuníquese con USA Medical Services para obtener más información sobre esta restricción.

Todos los importes aparecen denominados en Dólares Americanos (US\$)

	Diamond	Gold
Cobertura máxima por persona, por año póliza	Ilimitada	1.5 millones
Admisión por el día y tratamiento durante hospitalización	Diamond	Gold
Tratamiento fuera de los Estados Unidos: Si el tratamiento tiene lugar fuera de los Estados Unidos, todos los beneficios de admisión por el día y tratamiento durante hospitalización serán reembolsados en su totalidad. Las reglas de preaprobación y el número máximo de días que aparecen a continuación permanecerán vigentes.	100%	100%
Tratamiento dentro de la red de proveedores en los Estados Unidos: Si se elige la red de proveedores de la Compañía, todos los beneficios de admisión por el día y tratamiento durante hospitalización abajo mencionados serán reembolsados en su totalidad. Las reglas de preaprobación y el número máximo de días que aparecen a continuación permanecerán vigentes. Todo tratamiento a efectuarse dentro de la red de proveedores deberá ser preaprobado por la Compañía.		
Tratamiento fuera de la red de proveedores en los Estados Unidos: Si la clínica u hospital elegidos no forman parte de la red de proveedores de la Compañía, los gastos serán reembolsados de acuerdo con las siguientes tarifas de reembolso:		
Honorarios de los médicos por servicios quirúrgicos y/o médicos	100%	100%
Habitación privada o semiprivada, por día	2,000	1,000
Habitación en cuidados intensivos, por día	4,000	3,000
Servicios afines: enfermería, honorarios de quirófano, medicinas y vendajes	100%	100%
Gastos de habitación en el hospital para un familiar que acompañe a una persona asegurada, por día	400	300
Rehabilitación durante la hospitalización (en hospital o en centro de rehabilitación) médicamente prescrita a causa de enfermedad grave y aguda o accidente grave Máx. por día, todo incluido Por un máx. de 30 días por incidente Toda rehabilitación en ingreso deberá ser preaprobada por la Compañía.	100%	525
Tratamiento médico y análisis; cirugía ambulatoria en clínica u hospital, inclusive.	100%	100%
Tratamiento de emergencia debido a enfermedad grave y aguda o accidente grave	100%	100%
Prótesis, dispositivos de corrección y artículos médicos médicamente requeridos e implantados durante cirugía	100%	100%
Tratamiento odontológico de emergencia debido a un accidente grave, siempre y cuando tal tratamiento tenga lugar durante los 30 días posteriores a la hospitalización respectiva En caso de duda, se dejará la decisión a cargo del consultor odontológico de la Compañía	100%	100%
Aplicará un coaseguro para toda hospitalización que tenga lugar en los Estados Unidos.		

Otros beneficios	Diamond	Gold
Tratamiento de quimioterapia/medicina y radiación por cáncer	100%	100%
Tratamiento de diálisis por insuficiencia renal	100%	100%
Trasplante de órganos; máx. por vida, por diagnóstico y por curso de tratamiento, todo incluido Solamente se cubren trasplantes de órganos humanos. La obtención del órgano deberá ser preaprobada por la Compañía.	750,000	600,000
Tratamiento en el hogar por una enfermera autorizada, prescrito después de una hospitalización por accidente grave o enfermedad grave y aguda Máx. por día, todo incluido Limitado a 30 días por incidente El servicio de enfermera en el hogar deberá ser preaprobado por la Compañía.	100%	250
Residencia y cuidados terminales: admisión por el día, tratamiento ambulatorio o tratamiento durante la hospitalización (Máx. por año póliza) Los servicios de residencia y cuidados terminales deberán ser preaprobados por la Compañía.	100%	10,000
Ambulancia local terrestre de emergencia hacia y desde el hospital	100%	100%

Maternidad	Diamond	Gold
Parto normal, parto complicado y cesárea electiva; tratamientos pre y postnatales, inclusive	8,500	7,000
Cesárea médicamente prescrita; tratamientos pre y postnatales, inclusive	13,000	10,000
Habrá un período de espera de diez meses antes de que los servicios de maternidad sean reembolsables.		

Tratamientos ambulatorios	Diamond	Gold
Médicos, especialistas y/o psiquiatras Máx. 30 consultas por año póliza	100%	100% de los tratamientos realizados en América Latina; excluye México
Intervención quirúrgica		
Análisis de laboratorio, radiografías, endoscopias, gastroscopias, colonoscopias, cistoscopias, electrocardiogramas, ecocardiografías, biopsias y exámenes de ultrasonido		
Escanes de IRM, TAC y TEP		
Terapias, incluyendo consultas y tratamientos: Fisioterapeutas, quiroprácticos, osteópatas, acupunturistas, homeópatas, terapia ocupacional y terapia del lenguaje a corto plazo y médicamente prescritas (en relación con enfermedad o lesión) Máx. 60 consultas por año póliza		80% de los tratamientos realizados en el resto del mundo; México, inclusive
Consulta con dietista autorizado, médicamente prescrita Máx. 4 consultas por año póliza		
Chequeo general Máx. por año póliza, todo incluido	600	300

Tratamientos ambulatorios (continuación)	Diamond	Gold
Exámenes de salud preventivos: mamografía, papanicolau, análisis de cáncer de próstata y/o análisis de cáncer colorectal Máximo por año póliza	500	
Medicamentos prescritos después de una hospitalización o cirugía ambulatoria relacionados con un tratamiento cubierto Máx. por persona, por año póliza El medicamento debe estar relacionado con el diagnóstico tratado, y la prescripción del hospital debe acompañar al Formulario de Solicitud de Reembolso	4,000	1,000
Medicamentos prescritos relacionados con un tratamiento ambulatorio cubierto Máx. por persona, por año póliza La prescripción debe acompañar al Formulario de Solicitud de Reembolso. No se cubrirán medicamentos que puedan ser adquiridos sin prescripción médica.	700	400

Evacuación médica	Diamond	Gold
Servicios de evacuación	100%	100%
Transporte al lugar de tratamiento más apropiado y cercano, en caso de enfermedad grave y aguda o de una lesión seria, y de no existir localmente un lugar de tratamiento adecuado	100%	100%
Los gastos de un familiar o amigo que acompañe al asegurado durante el transporte	100%	100%
Los gastos de regreso, una vez finalizado el tratamiento, al lugar desde el cual fuera evacuado el asegurado; tanto para el asegurado como para la persona acompañante	100%	100%
En caso de fallecimiento, transporte del fallecido y diligencias legales; tales como embalsamamiento y ataúd de zinc	100%	100%
Los servicios de evacuación médica deberán ser preaprobados y coordinados por la Compañía.		

Servicios online
Administre su póliza online; por ejemplo, pago de la prima, estatus de sus reclamaciones recientes. Consejos de salud generales y segundas opiniones por parte de los consultores médicos de la Compañía. Acceso a una variedad de información relacionada con la salud y mucho más...

GLOSARIO

Válida a partir del 2022

Este Glosario forma parte de las Condiciones Generales de la Póliza.

ACCIDENTE: Evento desafortunado que ocurre de forma imprevista y súbita, provocado por una causa externa, siempre sin la intención de causarlo por parte del asegurado, el cual provoca lesiones o trauma y requiere atención médica ambulatoria u hospitalización del paciente. La información médica relacionada con el accidente será evaluada por la Compañía, y la compensación será determinada de acuerdo a los términos y condiciones de la póliza.

ACCIDENTE GRAVE: una lesión seria fortuita que ocurre sin la intención del asegurado y con un impacto externo súbito sobre el cuerpo, causando una lesión demostrable que a su vez haga necesaria una hospitalización inmediata.

ADMISIÓN DE DÍA: tratamiento en clínica u hospital donde por cuestiones médicas el paciente normalmente necesita ocupar una cama por un período menor a veinticuatro (24) horas.

AMÉRICA LATINA: los países situados al sur de los Estados Unidos; o sea, aquéllos que conforman América del Sur, América Central y el Caribe, excluyendo México.

ASEGURADO: el titular del seguro y/o todas las demás personas aseguradas como se indica en el certificado de cobertura vigente.

CERTIFICADO DE COBERTURA: documento donde se especifica el tipo de seguro adquirido, la prima anual, el deducible y las condiciones especiales.

CIRUGÍA: tratamiento o intervención quirúrgica, excluyendo exámenes endoscópicos o escanes, aunque los mismos puedan requerir anestesia.

COASEGURO: el porcentaje de los gastos médicos que el asegurado debe pagar, en caso de ser hospitalizado en los Estados Unidos.

COMPAÑÍA: Bupa Panamá S.A.

CONDICIÓN PREEXISTENTE: el historial médico, incluyendo las enfermedades y las condiciones indicadas en la Declaración de Salud, que pueden afectar la decisión de la Compañía de asegurar o no al solicitante o de imponer condiciones especiales sobre su cobertura.

CONDICIONES DE LA PÓLIZA: condiciones y términos del seguro adquirido.

CONDICIONES ESPECIALES: son las restricciones, limitaciones y condiciones aplicadas a las condiciones generales de la Compañía, tal como se especifican en el certificado de cobertura.

CONDICIONES GENERALES: son las condiciones del seguro de la Compañía, sin restricciones especiales, limitaciones o condiciones.

CUIDADOS TERMINALES: cuidados recibidos por el asegurado una vez declarada la fase terminal de su condición médica, incluyendo cuidados físicos, psicológicos y sociales, así como también la adecuación de la cama, cuidados de enfermería, y medicamentos que le sean prescritos. Estos servicios deberán ser preaprobados por la Compañía.

DEDUCIBLE: la suma total de dinero indicada en la póliza de seguro y que cada asegurado está de acuerdo en pagar por cada año póliza antes de ser compensado por la Compañía.

DOCUMENTOS: cualquier información escrita y relacionada con el seguro, incluyendo facturas originales, certificado de cobertura, y otros.

ENFERMEDAD GRAVE Y AGUDA: se determinará que una enfermedad es grave y aguda después de una evaluación, y por mutuo acuerdo entre el médico tratante y el consultor médico de la Compañía.

EPIDEMIA: La incidencia de más casos de lo esperado de cierta enfermedad o condición de salud en un área determinada o dentro de un grupo de personas durante un período en particular, y que ha sido declarada como tal por la Organización Mundial de la Salud (OMS), o la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en Latinoamérica, o los Centros de Control y Prevención de Enfermedades (CDC) en los Estados Unidos de América, o una organización equivalente en un gobierno local (por ejemplo, un ministerio de salud local) donde se desarrolle la epidemia. Generalmente se supone que los casos tienen una causa común o que están relacionados entre ellos de alguna manera.

FAMILIA: la madre y/o el padre y sus hijos menores de 24 años. Aquellos hijos que hayan alcanzado los veinticuatro (24) años de edad serán transferidos a una póliza por separado.

FASE TERMINAL: cuando la probabilidad de fallecimiento es altamente probable y se ha descartado médicamente la terapia activa en favor del alivio de los síntomas y el apoyo al paciente y a su familia. Esta decisión debe ser confirmada por los consultores médicos de la Compañía.

FECHA DE ANIVERSARIO: renovación del seguro que tiene lugar doce (12) meses a partir de la fecha del inicio de la póliza y la misma fecha cada año.

FECHA DE INICIO: fecha indicada en el certificado de cobertura como fecha de comienzo del seguro, a menos que se especifique lo contrario en las Condiciones de la Póliza del seguro.

FECHA DE VENCIMIENTO: fecha en la cual debe pagarse la prima.

FUERA DE LA RED: todo tratamiento susceptible de cobertura que tiene lugar en los Estados Unidos, utilizando proveedores ajenos a la red de proveedores de la Compañía. Cuando un tratamiento sea llevado a cabo fuera de dicha red, éste será reembolsable de acuerdo con la Lista de Reembolsos y una vez sean descontados el deducible y el coaseguro que correspondan.

GASTOS RAZONABLES: los gastos razonables en relación a la cobertura de ambulancia aérea se calculan como la media de los gastos normales y usuales obtenidos a partir de los precios actuales del mercado para un transporte similar.

LESIÓN SERIA: se determinará que una lesión es seria después de una evaluación, y por acuerdo mutuo entre el médico tratante y el consultor médico de la Compañía.

PANDEMIA: Una epidemia que ocurre en un área extendida (múltiples países o continentes) y que generalmente afecta a una porción significativa de la población.

PERÍODO DE ESPERA: período de tiempo a partir de la fecha de inicio de la póliza durante el cual el seguro no ofrece cobertura, a excepción de lo especificado en el Art. 3.

PRECIOS HABITUALES, RAZONABLES Y DE COSTUMBRE: los precios habituales, razonables y de costumbre que se aplicarán en Panamá se calculan como la media de los gastos normales y usuales obtenidos a partir de los precios actuales del mercado.

RECLAMACIÓN: la demanda económica cubierta parcial o totalmente por el seguro. Durante la evaluación y la decisión sobre el reembolso, es determinante para la Compañía cuándo tuvo lugar el tratamiento, y no el momento en que ocurrió la lesión o enfermedad.

RED DE PROVEEDORES: red conformada por los socios de servicio de la Compañía, en los Estados Unidos. Cada socio de servicio opera una red de clínicas, hospitales y médicos en el plano nacional. Si una admisión por el día, o tratamiento durante la hospitalización —susceptible de cobertura— se lleva a cabo dentro de la red de proveedores de la Compañía, será reembolsable al 100%, una vez descontados el deducible y el coaseguro. Es posible obtener información sobre la red de proveedores poniéndose en contacto con la Compañía o visitando la sección Mi Bupa de www.bupasalud.com.

REHABILITACIÓN: tratamiento cuyo propósito es la recuperación de la salud física y/o de la aptitud motora del asegurado, y que tiene lugar durante su hospitalización, o bien, amerita su ingreso en un centro de rehabilitación autorizado después de una hospitalización causada por enfermedad o accidente grave.

RENOVACIÓN: renovación automática del seguro a partir de la fecha de aniversario.

SEGURO: Condiciones de la Póliza y certificado de cobertura que representan el contrato con la Compañía, y donde se indican los términos del seguro, la prima a pagar, el deducible y las tarifas de reembolso.

SOLICITANTE: la persona identificada en el Formulario de Solicitud y en la Declaración de Salud como solicitante del seguro.

SOLICITUD: el Formulario de Solicitud y la Declaración de Salud.

SUBROGACIÓN: derecho que tiene la Compañía de proceder, en nombre del asegurado, contra terceros, así como el derecho por parte de la Compañía de requerir el pago al asegurado si éste recuperara los gastos de terceros.

TARIFAS DE REEMBOLSO: cantidades máximas que serán pagadas a manera de reembolso de gastos médicos durante un año, desde la fecha de inicio o desde cada fecha de aniversario, según se detallan en las Condiciones de la Póliza.

TITULAR DEL SEGURO: persona identificada como titular del seguro en el Formulario de Solicitud.

TRATAMIENTO DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN: cirugía o tratamiento médico en clínica u hospital, realizado durante una admisión hospitalaria y por el cual es necesario ocupar una cama durante la noche.

Válidas a partir del 2022



Regulado y Supervisado por la
Superintendencia de Seguros
y Reaseguros de Panamá.

Bupa Panamá, S.A.
P.H. Prime Time, Piso 25
Oficina 25B
Costa del Este, Ave. La Rotonda
Panamá, República de Panamá
Tel (507) 321 6200
www.bupalud.com

USA Medical Services
(Servicio de emergencia de 24 horas)
Tel: +1 305 275 1500
www.bupalud.com