

“Saber que a minha família está protegida, me traz tranquilidade”



Bupa Complete Care
Guia do Segurado

Bupa

A white ECG (heart rate) line graphic that starts with a flat baseline, then rises to a sharp peak, followed by a smaller peak and a final small peak before ending.

Índice

Bem-vindo à ihi Bupa	1
USA Medical Services	1
Administre sua apólice <i>online</i>	2
Opções	3
Como nos contatar	3
Seus benefícios	5
Suplemento	
Como funciona o processo de solicitações de reembolso da USA Medical Services?	36
Notificação: O primeiro passo no processo de solicitações de reembolso	37
Como apresentar uma solicitação de reembolso após o tratamento ou serviço	39

Bem-vindo à ihi Bupa

Obrigado por haver escolhido o programa Bupa Complete Care, oferecido pela ihi Bupa, uma das maiores e mais experientes seguradoras do setor de saúde do mundo.

Este Guia do Segurado contém as disposições e benefícios da apólice do programa Bupa Complete Care, além de outras informações importantes sobre como nos contatar e o que fazer se precisar utilizar sua cobertura.

Recomendamos que examine o seu Certificado de Cobertura com atenção. Ali você encontrará a franquia que você escolheu e quaisquer exclusões e/ou emendas à sua cobertura.

Caso você tenha quaisquer dúvidas sobre o seu plano, favor contatar o Serviço de Assistência ao Cliente da ihi Bupa. Você encontrará nossos dados de contato na seção "Como nos contatar" deste Guia.

Queremos nos certificar que os clientes com necessidades especiais não sejam excluídos de forma alguma. Oferecemos as opções em Braille, letras grandes ou áudio para nossas cartas e prospectos. Por favor, nos informe se necessita de algum deles.

USA Medical Services

A sua linha direta à excelência médica

Como parte do grupo Bupa, a USA Medical Services fornece aos segurados da ihi Bupa o apoio profissional durante o processo de solicitação de reembolso. Sabemos que a ansiedade é uma reação natural em casos de doença, por isso faremos todo o possível para ajudá-lo a coordenar o seu tratamento sem dificuldades e forneceremos todo o aconselhamento e assistência que você necessitar.

A USA Medical Services quer que você e sua família tenham a paz de espírito que vocês merecem. Quer seja para cuidar de uma crise médica ou apenas agendar uma consulta ou estadia hospitalar, ou mesmo reservar uma ambulância aérea, os profissionais da USA Medical Services estão à sua disposição 24 horas do dia, 365 dias por ano: é só ligar! Nosso corpo médico permanece em contato constante com você e sua família, oferecendo todo o apoio necessário, desde a crise médica até o especialista e/ou hospital apropriado.

Quando o pior acontecer, lembre-se que a USA Medical Services está ao seu lado: é só ligar!

Em caso de necessidade, a USA Medical Services mobiliza sua extensa rede mundial de transporte de emergência - aéreo e terrestre. Nós damos o alerta avançado da chegada

do paciente ao centro médico e mantemos comunicação crítica continuada durante o transporte. Enquanto o tratamento e cuidados médicos iniciais são providenciados, a USA Medical Services monitora o progresso do quadro e reporta quaisquer alterações à sua família e entes queridos.

Nos momentos em que cada segundo conta, conte com a USA Medical Services.

Administre sua apólice *online*

Os clientes da ihi Bupa têm acesso a uma variedade de serviços *online*. No site www.bupalatinamerica.com você encontra:

- Um guia da boa saúde com conselhos sobre estilo de vida, enfermidades, exercícios, etc., incluindo segundas opiniões e aconselhamento de tratamentos
- Dicas sobre como fazer solicitações de reembolso
- Notícias sobre a ihi Bupa
- Informações sobre os produtos que oferecemos
- Estimativa de prêmios grátis

Inscriva-se para nossos serviços *online*: além de fácil, é grátis!

Nossos serviços *online* são a solução perfeita para quem deseja evitar problemas com o correio, organização e arquivamento de documentos de seguro. Clique em "Register" (Inscriva-se), siga as instruções e tenha acesso a:

- Instruções gerais sobre a sua apólice
- Cópia de sua solicitação
- Situação do reembolso de solicitações de reembolso recentes
- Pagamento de prêmios e recibos *online*
- Acesso para alterar seu cadastro. Depois que se registrar, você será responsável pela verificação de todos os documentos e correspondência online.

Opções

Variedade de franquias

Oferecemos uma variedade de franquias para ajudar a reduzir o preço de sua cobertura: quanto maior a franquia, menor o prêmio. Você pode escolher entre as franquias abaixo:

Plano						
Franquia	1	2	3	4	5	6
No país	0	1.000	2.000	5.000	10.000	20.000
Fora do país	1.000	2.000	3.000	5.000	10.000	20.000

A franquia é única por pessoa, por ano-apólice. Para ajudar a reduzir o custo de sua cobertura familiar, sua apólice acomoda o máximo de duas (2) franquias fora do país cumpridas por ano-apólice.

Favor examinar o Quadro de benefícios e Disposições da Apólice para maiores detalhes.

Escolha sua cobertura

Nós oferecemos a nossos clientes a opção de cobertura Mundial ou América Latina Apenas (que inclui o Caribe) para acomodar suas necessidades específicas - quer regionais, quer de custos. Favor notar que a cobertura América Latina Apenas não oferece cobertura no México, nem nos Estados Unidos, nem fora da América Latina.

Como nos contatar

Serviço de Assistência ao Cliente da ihi Bupa

- Das 9 às 17 horas (fuso horário do leste dos EUA)
- Nosso Serviço de Assistência ao Cliente está pronto para ajudá-lo com:
 - Perguntas sobre sua afiliação
 - Dúvidas quanto à sua cobertura
 - Alterações à sua cobertura
 - Atualização de cadastro

Tel: +1 (305) 398-7400

Fax: +1 (305) 275-8484

Endereço eletrônico: bupa@bupalatinamerica.com

Web site: www.bupalatinamerica.com

Na eventualidade de uma emergência médica fora de nossos horários de funcionamento, favor entrar em contato com a equipe da USA Medical Services:

Tel: +1 (305) 275-1500

Fax: +1 (305) 275-8555

Endereço eletrônico: usamed@usamedicalservices.com

O endereço da Seguradora é:

Bupa House
15-19 Bloomsbury Way
London WC1A 2BA
UK

Endereço para correspondência:

ihi Bupa
7001 SW 97th Avenue
Miami, Florida 33173
USA

Seus benefícios (a partir de 2 de dezembro de 2009)

Contrato	6
Notificações à Seguradora	8
Quadro de benefícios	9
Disposições da Apólice	11
Administração	18
Exclusões e Limites	24
Definições	28

Contrato

A **Bupa Insurance Limited** (doravante "Seguradora") concorda em pagar a você (doravante "Titular da Apólice") os benefícios providos por esta Apólice. Todos os benefícios estão sujeitos aos termos e condições desta Apólice.

Direito de examinar a apólice por quatorze (14) dias: O segurado pode cancelar esta apólice dentro de quatorze (14) dias do recebimento do primeiro Certificado de Cobertura. Basta o segurado escrever para a Seguradora no endereço: 7001 Southwest 97th Avenue, Miami, Florida 33173, USA. Se não tiverem sido feitas reivindicações sob a apólice, a Seguradora reembolsará todos os prêmios pagos.

Termos e condições da apólice: Os termos e condições desta apólice incluem este manual de afiliação e as informações contidas na solicitação. Por favor, leia o manual de afiliação com referência às Definições do Glossário, onde certas palavras e frases são definidas ou explicadas mais detalhadamente.

Não divulgação: Se ao contratar o seguro ou subsequentemente, o Detentor da Apólice e/ou o Segurado tiverem modificado os documentos originais de maneira fraudulenta ou divulgado informações incorretas or não divulgaram fatos considerados importantes para a Companhia, o contrato de seguro deverá ser anulado e não deverá ser vinculado à Companhia.

Se ao contratar o seguro ou subsequentemente, o Detentor da Apólice e/ou o Segurado tiverem divulgado informações incorretas, o contrato de seguro será anulado, e a Companhia não será responsável se a Companhia não tivesse aceito o seguro se as informações corretas tivessem sido divulgadas. Se a Companhia tivesse aceito o seguro, mas sob termos diferentes, a Companhia deverá ser responsável até a extensão em que a Companhia teria se responsabilizado pelas obrigações de acordo com o prêmio concordado.

No caso do contrato de seguro ser considerado anulado, a Companhia deve ter o direito de receber uma taxa serviço que é estabelecida como uma porcentagem específica do prêmio pago.

Se ao contratar o seguro, nem o detentor da apólice nem o segurado sabiam ou deveriam ter sabido que as informações divulgadas por ele/ela eram incorretas, a Companhia deverá ser responsável como se tais informações incorretas não tivessem sido reveladas.

Elegibilidade: Esta Apólice somente pode ser emitida para residentes da América Latina ou do Caribe que tenham no mínimo dezoito (18) anos (exceto aqueles dependentes

elegíveis) e até no máximo setenta e quatro (74) anos de idade. Não há idade máxima para renovação de Segurados já cobertos sob esta Apólice. Esta Apólice não pode ser emitida para residentes dos Estados Unidos da América.

Dependentes elegíveis para cobertura são o cônjuge ou companheiro(a) do Titular da Apólice, filhos legítimos, filhos legalmente adotados, enteados ou menores para quem o Titular da Apólice foi nomeado Tutor Legal por um tribunal de jurisdição competente e que tenham sido identificados na Solicitação de Seguro Saúde e para quem cobertura é provida sob esta Apólice.

A cobertura para dependentes é provida para os filhos dependentes do Titular da Apólice até o décimo nono (19º) aniversário destes, se solteiros, ou até o vigésimo quarto (24º) aniversário destes, se solteiros e estudantes em tempo integral em faculdade ou universidade credenciada (mínimo de doze (12) créditos por semestre), no momento da emissão ou renovação da Apólice. A cobertura destes dependentes continuará até a data do próximo aniversário da Apólice após terem completado dezanove (19) anos de idade, se solteiros, ou vinte e quatro (24), se solteiros e estudantes em regime de tempo integral.

Se um filho dependente se casa, deixa de estudar em regime de tempo integral após o seu décimo nono (19º) aniversário, muda-se para outro país, ou se um cônjuge deixa de estar casado com o Titular da Apólice por motivo de divórcio ou anulação, a cobertura para estes dependentes cessará no próximo aniversário da Apólice.

Os dependentes que tiveram cobertura por uma Apólice anterior com a Seguradora, ou que sejam elegíveis para cobertura sob suas próprias apólices individuais, estarão isentos do processo de subscrição e aprovados para planos com franquias iguais ou superiores e com as mesmas condições e restrições existentes na apólice anterior. A solicitação do ex-dependente deve ser recebida antes do final do período de carência da apólice que o cobria.

Notificações à Seguradora

Pedimos ao Segurado contatar a USA Medical Services, a Administradora de Sinistros da IHI Bupa, no mínimo setenta e duas (72) horas antes de receber qualquer atendimento médico. Tratamentos de emergência devem ser notificados setenta e duas (72) horas após o início dos mesmos.

A Seguradora não poderá efetuar pagamentos diretos a provedores se o Segurado não contatar a USA Medical Services antes de qualquer tratamento. Em tais casos, a Seguradora fará o reembolso ao Titular da Apólice com base nos honorários usuais, costumeiros e razoáveis praticados naquela região geográfica.

A USA Medical Services está à disposição 24 horas por dia, 365 dias por ano:

Nos EUA:	+1 (305) 275-1500
Chamada gratuita nos EUA:	+1 (800) 726-1203
Fax:	+1 (305) 275-8555
Endereço eletrônico:	usamed@usamedicalservices.com
Fora dos EUA:	O NÚMERO DO TELEFONE ESTÁ NO SEU CARTÃO DO SEGURO E NO WEB SITE WWW.USAMEDICALSERVICES.COM

Quadro de benefícios

A cobertura máxima para todos os honorários e custos médicos e hospitalares está limitada pelos termos e condições desta Apólice, enquanto esta estiver em vigor. Todos os benefícios são por Segurado, por ano-apólice, exceto se de outra forma determinado neste documento.

OS SEGURADOS PODEM OBTER TRATAMENTO FORA DA REDE DE PROVEDORES DA BUPA.

Cobertura máxima por Segurado, por ano-apólice	Ilimitada
--	-----------

Benefícios na internação	Cobertura
Quarto de hospital e alimentação (privativo/semi-privativo)	100% em hospitais da Rede Hospitalar da Bupa/\$1.000 por dia em outros hospitais
Unidade de Tratamento Intensivo	100% em hospitais da Rede Hospitalar da Bupa/\$3.000 por dia em outros hospitais
Honorários de cirurgiões e anestesistas	100%
Serviços diagnósticos (exames clínicos, raios-x, tomografia (IRM, TC e PET), ultra-som e endoscopias)	100%
Medicamentos prescritos durante a internação	100%
Tratamento do câncer (quimioterapia/radioterapia)	100%
Próteses e aparelhos implantados cirurgicamente	100%
Tarifas para acomodações para acompanhantes de crianças	\$300 por dia

Benefícios para pacientes ambulatoriais	Cobertura
Consultas médicas e de especialistas	100%
Medicamentos prescritos (após hospitalização ou cirurgia em paciente ambulatorio)	100% (máximo de seis meses; \$2.000 por ano, após aquele período)
Tratamento do câncer (quimioterapia/radioterapia)	100%

Fisioterapia/reabilitação (requer autorização prévia)	100%
Serviços diagnósticos (exames clínicos, raios-x, tomografia (IRM, TC e PET), ultra-som e endoscopias)	100%
Diálise	100%
Assistência médica domiciliar (requer autorização prévia)	100%

Outros benefícios	Cobertura
Ambulância aérea (requer autorização prévia)	\$125.000
Ambulância terrestre	100%
Maternidade (inclui maternidade normal, cesáreas, tratamento pré-natal e pós-natal) <ul style="list-style-type: none"> • 10 meses de carência • Franquia dispensada • Planos 1, 2 e 3 apenas 	\$6.000 (por gravidez)
Complicações com a maternidade e com o recém-nascido <ul style="list-style-type: none"> • 10 meses de carência 	\$1.000.000 (vitalício, por apólice)
Transtornos congênicos e hereditários diagnosticados antes do 18 anos	\$1.000.000 (vitalício)
Transtornos congênicos e hereditários diagnosticados após ou aos 18 anos	100%
Procedimentos de transplante (vitalício)	\$600.000 (por diagnóstico)
Cobertura provisional para recém-nascidos	\$30.000 (até o máximo de 90 dias após o parto)
Cobertura dentária de emergência	100%
Repatriação de restos mortais	100%
Cuidados paliativos/terminais	100%
Terapeuta complementar	100% (máximo de 20 visitas/sessões)
Check-up (completo) <ul style="list-style-type: none"> • Franquia dispensada 	\$300

Observações sobre os benefícios

Detalhes completos sobre os termos e condições estão nas seções Disposições da Apólice, Administração e Exclusões e Limites deste Guia. O Quadro de benefícios é apenas um resumo da cobertura provida.

Todos os honorários e custos deverão ser usuais, costumeiros e razoáveis para o procedimento e o território.

Pede-se aos segurados que notifiquem a USA Medical Services antes de iniciar qualquer tratamento.

Todos os benefícios estão sujeitos às franquias estipuladas, a menos que de outra forma designado.

Disposições da Apólice

- 1. HONORÁRIOS DE ANESTESISTAS:** A cobertura para honorários de anestesistas deve ser aprovada antecipadamente pela USA Medical Services e está limitada ao que for menor entre:
 - (a) Os honorários de anestesistas usuais, costumeiros e razoáveis para o procedimento, ou
 - (b) Tarifas especiais estabelecidas para uma área ou país, como determinado pela Seguradora.
- 2. HONORÁRIOS DE MÉDICOS/CIRURGIÕES ASSISTENTES:** Honorários para médicos/cirurgiões assistentes serão cobertos apenas quando estes forem medicamente necessário para a cirurgia específica e previamente aprovados pela USA Medical Services. Honorários de médicos/cirurgiões assistentes serão limitados ao que for menor entre:
 - (a) Os honorários usuais, costumeiros e razoáveis para o procedimento, ou
 - (b) Tarifas especiais estabelecidas para uma área ou país, como determinado pela Seguradora.
- 3. ACOMPANHANTE DE MENOR HOSPITALIZADO:** As despesas incluídas na conta do hospital referentes a pernoite de acompanhante de menor de dezoito (18) anos hospitalizado serão pagas até trezentos dólares (\$300) por dia.
- 4. TERAPEUTA COMPLEMENTAR:** Apenas tratamentos ambulatoriais recebidos de osteopatas, quiropraxistas e/ou psiquiatras serão cobertos por este benefício. Este benefício impõe um limite de vinte (20) visitas/sessões por Segurado, por ano-apólice.
- 5. COMPLICAÇÕES COM A MATERNIDADE E PARTO:** (Exceto para os Planos Complete 4, 5, e 6) Complicações na maternidade e/ou complicações com o recém-nascido

no parto (não relacionadas a transtornos congênitos ou hereditários), tais como prematuridade, baixo peso no nascimento, icterícia, hipoglicemia, angústia respiratória e trauma no parto serão cobertos como a seguir:

- (a) O benefício tem um teto vitalício de um milhão de dólares (\$1.000.000) por apólice, o qual inclui quaisquer benefícios já pagos sob outro plano e/ou Termo Aditivo de Maternidade.
- (b) Este benefício se aplicará somente se todas as estipulações contidas nas disposições sobre "Benefício Maternidade" e "Cobertura do Recém-Nascido" desta apólice forem seguidas.
- (c) Este benefício não cobre complicações relacionadas a condições excluídas ou não cobertas pela apólice, incluindo entre outras: complicações na maternidade ou com o recém-nascido de gravidez resultante de tratamento de fertilidade ou qualquer tipo de procedimento de fertilidade assistida, ou gravidezes não cobertas.

Um Termo Aditivo opcional oferece cobertura para complicações na maternidade e com o recém-nascido para os Planos Complete 4, 5 e 6.

6. TRANSTORNOS CONGÊNITOS OU HEREDITÁRIOS: Leia a seguir a cobertura para transtornos congênitos ou hereditários desta apólice:

- (a) O benefício máximo para transtornos que se manifestem **antes do décimo oitavo (18º) aniversário do Segurado** é um milhão de dólares (\$1.000.000), vitalício, por Segurado, incluindo todos os benefícios já pagos sob uma Apólice ou Termo Aditivo da Ihi Bupa, após a franquia cabível.
- (b) Benefícios para transtornos que se manifestem **no ou após o décimo oitavo (18º) aniversário do Segurado** são iguais ao teto desta Apólice, após as franquias cabíveis.

7. FRANQUIA:

- (a) Uma (1) franquia por Segurado por ano-apólice até o teto para franquias fora do país.
- (b) Máximo de duas (2) franquias por apólice, por ano-apólice, até que o teto de duas (2) franquias para fora do país seja alcançado. Caso uma franquia para dentro do país seja cumprida e serviços sejam então prestados fora do país, a diferença entre as franquias dentro do país e fora do país será responsabilidade do Segurado.
- (c) Quaisquer custos incorridos pelo Segurado nos últimos três (3) meses do ano-apólice que são utilizados contra a franquia para aquele ano-apólice, serão transferidos e aplicados contra a franquia do próximo ano-apólice daquele Segurado.
- (d) Em caso de um acidente grave, a franquia será dispensada na primeira hospitalização.

8. **DIAGNÓSTICO:** Para que uma condição seja considerada "enfermidade ou transtorno coberto", cópias dos resultados dos exames de laboratório, raios-x ou qualquer outro relatório ou resultado de exame clínico no qual o diagnóstico seja baseado, são requeridos como parte do diagnóstico positivo de um médico.
9. **TRATAMENTO DENTÁRIO DE EMERGÊNCIA:** Somente tratamento dentário necessário devido a acidente coberto, e que seja realizado dentro de noventa (90) dias da data do dito acidente, será coberto por esta Apólice.
10. **EVACUAÇÃO DE EMERGÊNCIA:** O transporte de emergência (por ambulância terrestre ou aérea) somente é coberto se relacionado a condições cobertas para as quais tratamento não pode ser realizado localmente e o transporte por qualquer outro método possa resultar em morte ou perda de membro(s). O transporte de emergência para a instalação médica mais próxima deve ser fornecido por uma empresa licenciada e autorizada. A aeronave ou veículo utilizado deve possuir equipe com treinamento médico e estar equipado para atender à emergência.

Transporte por ambulância aérea:

- (a) Todo transporte por ambulância aérea deve ser previamente aprovado e coordenado pela USA Medical Services.
 - (b) O valor máximo pago por este benefício é cento e vinte e cinco mil dólares (\$125.000) por Segurado, por ano-apólice.
 - (c) O Segurado promete isentar a Seguradora, a USA Medical Services e qualquer empresa afiliada com a Seguradora ou com a USA Medical Services por vínculos de propriedade ou gestão, por negligências resultantes de tais serviços ou negligências resultante de atrasos ou restrições em vôos causadas por pilotos, problemas mecânicos ou restrições governamentais ou devido a condições operacionais.
11. **TRATAMENTO MÉDICO DE EMERGÊNCIA:** Todas as despesas médicas de provedores não conveniados, relacionadas a tratamento médico de emergência, serão pagas como se o Segurado houvesse sido tratado em hospital da Rede.
 12. **PROLONGAMENTO GRATUITO DA COBERTURA PARA DEPENDENTES QUALIFICADOS APÓS A MORTE DO TITULAR DA APÓLICE:** Na eventualidade do falecimento do Titular da Apólice, a Seguradora proverá cobertura ininterrupta, gratuita, por um período de dois (2) anos, para os dependentes sobreviventes segurados por esta Apólice, se a causa da morte do Titular da Apólice for uma condição coberta por esta Apólice. Este benefício se aplica somente a dependentes cobertos pela Apólice em vigor e terminará automaticamente no caso de casamento do cônjuge ou companheiro(a) sobrevivente ou para dependentes que deixem de ser elegíveis para

cobertura sob esta Apólice e/ou passem a ter sua própria apólice em separado. **Termos Aditivos não estão incluídos nesta cobertura estendida.**

- 13. ASSISTÊNCIA MÉDICA DOMICILIAR E SERVIÇOS DE REABILITAÇÃO:** Caso previamente aprovado pela USA Medical Services, um período inicial de até trinta (30) dias será coberto. Quaisquer extensões em incrementos de até trinta (30) dias devem receber aprovação prévia, ou a solicitação de reembolso será negada. Para obter aprovação são requeridos a evidência atualizada de necessidade médica e o plano de tratamento.
- 14. BENEFÍCIO-MATERNIDADE (Exceto para os Planos Complete 4, 5 e 6):**
- (a) O teto do benefício é de seis mil dólares (\$6.000) para cada gravidez, sem franquia, para a mãe Segurada.
 - (b) Tratamentos pré-natal e pós-natal, partos, cesáreas e cuidado do recém-nascido saudável estão incluídos no teto do benefício-maternidade estabelecido nesta Apólice.
 - (c) Este benefício se aplica a gravidezes cobertas. Gravidez coberta é toda aquela cuja data do parto seja no mínimo dez (10) meses após a data de vigência da cobertura para o/a pai/mãe segurado/a. Este benefício é extensivo somente a filhas dependentes.
 - (d) Esta Apólice não oferece cobertura de maternidade para filhos dependentes maiores de dezoito (18) anos. Para ser elegível para cobertura sob esta Apólice, filhos dependentes maiores de dezoito (18) anos devem solicitar e serem aprovados para cobertura sob sua própria apólice.
 - (e) O período de carência de dez (10) meses para cobertura de maternidade será sempre aplicável, independente de os sessenta (60) dias de carência sob esta Apólice serem ou não dispensados.
 - (f) Complicações na maternidade não são cobertas sob esta disposição, visto estarem limitadas ao teto de benefícios descritos na Disposição 5.
- 15. COBERTURA DO RECÉM-NASCIDO:**
- (a) **Se nascido de Gravidez Coberta:**
 - i. **Cobertura provisória:** Quando nascidos de Gravidez Coberta, cada recém-nascido estará automaticamente coberto em caso de lesão ou doença durante os primeiros noventa (90) dias de vida até o máximo de trinta mil dólares (\$30.000), sendo a franquia dispensada. **Cuidados com o recém-nascido saudável** serão cobertos somente como determinado nas disposições desta Apólice sob o título "Benefício-Maternidade".

- ii. **Cobertura permanente:** Uma notificação de nascimento com o nome completo do recém-nascido, sexo e data de nascimento deve ser apresentada dentro de noventa (90) dias do parto para obter cobertura permanente. A cobertura entrará em vigor, com a devida franquia, retroativamente à data do nascimento, respeitados os tetos da Apólice.

O prêmio relativo ao recém-nascido é devido no momento da notificação do nascimento. Caso a notificação de nascimento não seja recebida dentro dos noventa (90) dias após o parto, será necessário apresentar uma nova solicitação de seguro saúde para o recém-nascido, a qual estará sujeita a subscrição.

O teto de benefícios para a cobertura para recém-nascidos relativa a complicações no parto é encontrado na Disposição 5.

- (b) **Se nascido de Gravidez Não Coberta:** Não existe Cobertura Provisória para recém-nascidos de Gravidez Não Coberta. Para adicionar um recém-nascido à Apólice, será necessário apresentar uma solicitação de seguro saúde preenchida, a qual está sujeita a subscrição pela Seguradora, e o pagamento do prêmio.

16. DEFORMIDADES DO NARIZ E SEPTO NASAL: Quando as deformidades do nariz ou septo nasal resultam de trauma por acidente coberto, tratamentos cirúrgicos serão cobertos somente se previamente autorizados pela USA Medical Services. Evidência de trauma na forma de fratura deve ser confirmada radiograficamente (raios-x, TC, etc.).

17. SERVIÇOS AMBULATORIOS: A cobertura somente é provida quando medicamente necessária.

18. CONDIÇÕES PREEXISTENTES: Existem duas (2) categorias para condições preexistentes:

- (a) **Declaradas no momento da solicitação:**

- i. Estão cobertas no fim da carência de sessenta (60) dias as condições livres de sintomas, sinais e tratamento pelo período de cinco (5) anos anteriores à data de validade da Apólice, a menos que especificamente excluídas por uma emenda à Apólice.
- ii. Condições com sintomas, sinais e tratamento pelo período de cinco (5) anos anteriores à data de validade da Apólice, serão cobertas após dois (2) anos da data de validade da Apólice, a menos que especificamente excluídas por uma emenda à mesma.

- (b) **Não declaradas no momento da solicitação:** Condições preexistentes não declaradas no momento da solicitação **NUNCA** receberão cobertura enquanto a Apólice estiver em vigor. E mais, a Seguradora se reserva o direito de rescindir, cancelar ou modificar a Apólice com base na omissão pelo Segurado ao não declarar aquelas condições.
19. **MEDICAMENTOS PRESCRITOS:** Somente serão cobertos se prescritos pela primeira vez durante uma internação ou após cirurgia ambulatoria e por um período máximo de seis (6) meses contínuos. A partir de então, o teto de benefício para estas prescrições é de dois mil dólares (\$2.000) por Segurado, por ano-apólice. Em todos os casos, cópias das prescrições emitidas pelo médico atendente devem acompanhar as solicitações de reembolso.
20. **REPATRIAÇÃO DE RESTOS MORTAIS:** Na eventualidade de um Segurado falecer fora de seu país de residência em função de uma condição coberta sob os termos desta Apólice, a Seguradora pagará as despesas de repatriação dos restos mortais ao país de residência do Segurado. A cobertura se limita aos serviços e materiais necessários para preparar o corpo e transportá-lo ao país de residência do Segurado. Os preparativos devem ser coordenados em conjunto com a USA Medical Services.
21. **SEGUNDA OPINIÃO CIRÚRGICA SOLICITADA:** É recomendado que o Segurado notifique a USA Medical Services, com no mínimo setenta e duas (72) horas de antecedência ao procedimento, quando uma cirurgia que não seja de emergência é recomendada. Caso a Seguradora ou a USA Medical Services considerem necessária uma segunda opinião, esta deve ser obtida de um médico escolhido e providenciado pela USA Medical Services. Serão cobertas somente as segundas opiniões requeridas e coordenadas pela USA Medical Services. Na eventualidade de uma segunda opinião cirúrgica contradizer ou não confirmar a necessidade da cirurgia, a Seguradora pagará também por uma terceira opinião de um médico escolhido por consenso pelo Segurado e a USA Medical Services. Se a segunda ou terceira opiniões confirmarem a necessidade da cirurgia, os benefícios serão pagos de acordo com esta Apólice.
22. **CHECK-UP ANUAL:** Cada Segurado tem direito a um exame físico regular por ano-apólice. O teto de benefícios por Segurado, por ano-apólice é trezentos dólares (\$300), sendo dispensada a franquia. Exames físicos de rotina podem incluir exames diagnósticos e vacinas.
23. **TRATAMENTOS ESPECIAIS:** Próteses, dispositivos ortopédicos, equipamento médico durável, implantes, radioterapia, quimioterapia e medicamentos altamente especializados serão cobertos, mas devem ser aprovados e coordenados antecipadamente pela USA Medical Services. A Seguradora cobrirá os tratamentos

especiais ou estes serão reembolsados pelo mesmo valor que a Seguradora teria pago se os comprasse de seus provedores.

24. PROCEDIMENTOS PARA TRANSPLANTES: A cobertura para transplante de órgãos, células e tecidos humanos é oferecida apenas dentro da Rede de Provedores de Transplante da Seguradora. Não há cobertura fora da Rede de Provedores de Transplante. O teto de pagamento para este benefício é de seiscentos mil dólares (\$600.000), vitalício, por diagnóstico, por Segurado, após a franquia cabível. O benefício referente a transplante começa uma vez que a necessidade do transplante tenha sido determinada por um médico, certificada pela segunda opinião cirúrgica ou médica e aprovada pela USA Medical Services, e está sujeito a todos os termos, disposições e exclusões da cobertura da Apólice.

Este benefício inclui:

- (a) Todos os cuidados prévios ao transplante, inclusive serviços diretamente relacionados à avaliação da necessidade do transplante, avaliação do Segurado para o procedimento e a preparação e estabilização do Segurado para o procedimento.
- (b) Todo o trabalho prévio à cirurgia inclusive exames de laboratório e raios-x, tomografias TC e IRM, ultra-som, biópsias, varreduras, medicamentos e suprimentos.
- (c) Os custos do programa de procura, transporte e coleta de órgãos, células e tecidos humanos, inclusive de medula óssea, armazenamento ou "banking" de células tronco ou de sangue de cordão umbilical, recebem cobertura até o teto de vinte e cinco mil dólares (\$25.000) por diagnóstico, o que já está incluído como parte do teto para o benefício de transplante.
- (d) Todos os cuidados posteriores ao transplante incluindo, entre outros, quaisquer tratamentos de acompanhamento medicamente necessários resultantes do transplante e quaisquer complicações que surjam após o transplante, quer sejam consequências diretas ou indiretas deste.
- (e) Qualquer medicamento ou medida terapêutica para assegurar a viabilidade e permanência do órgãos, células e tecidos transplantados.
- (f) Qualquer assistência médica domiciliar, cuidados de enfermagem (ex.: curativos, infusões, avaliações), transporte de emergência, assistência médica, visitas em clínicas ou consultórios, transfusões, suprimentos ou medicamentos relacionados com o transplante.

25. CARÊNCIA: O período de carência desta Apólice é de sessenta (60) dias, durante os quais somente doenças e lesões causadas por acidente ocorrido neste período ou doenças contagiosas que se manifestem pela primeira vez neste período serão cobertas.

- 26. DISPENSA DO PERÍODO DE CARÊNCIA:** A Seguradora dispensará o período de carência somente se:
- (a) O Segurado possuía um seguro para despesas médicas em vigor com outra empresa por pelo menos um (1) ano contínuo, e
 - (b) A data de validade desta Apólice começa sessenta dentro de (60) dias da expiração da cobertura anterior, e
 - (c) A cobertura anterior é declarada na solicitação de seguro saúde, e
 - (d) Nós recebermos a apólice anterior e uma cópia do pagamento do prêmio do ano anterior, juntamente com a solicitação de seguro saúde.

Se o período de carência for dispensado, os benefícios pagáveis por quaisquer condições manifestadas durante os primeiros sessenta (60) dias de cobertura, enquanto esta estiver em vigor, estarão limitados aos menores benefícios providos por esta Apólice ou pela anterior.

Administração

- 1. LEI APLICÁVEL:** Sua apólice de seguro é governada pelas leis dinamarquesas. Qualquer disputa que não possa ser resolvida, será conduzida nos tribunais na Dinamarca. Se qualquer disputa se formar devido à interpretação deste documento, a versão em Inglês deste documento será considerada conclusiva e terá precedente sobre a versão deste documento em qualquer outra língua. Você poderá obter uma cópia quando quiser, entrando em contato com o Serviço de Atendimento ao Cliente no telefone +1 305 398 7400.
- 2. PODERES:** Nenhum Consultor tem poderes para alterar a Apólice ou dispensar qualquer uma de suas disposições. Depois de emitida a Apólice, nenhuma alteração será válida sem a provação por escrito de um executivo ou do Subscritor Chefe da Seguradora, sendo que tal aprovação deverá ser ratificada por uma emenda à Apólice.
- 3. INÍCIO E TÉRMINO DA COBERTURA DO SEGURO:** Os benefícios sujeitos às disposições desta Apólice começam na data efetiva da Apólice e não na data da solicitação do seguro. A cobertura começa às 00:01h (fuso horário do leste dos EUA) na data de validade da Apólice e termina às 24:00h (fuso horário do leste dos EUA):
 - (a) Na data de vencimento da Apólice, ou
 - (b) Se o prêmio não for pago, ou
 - (c) Quando o seu cancelamento for requerido por escrito pelo Titular da Apólice, ou
 - (d) Quando o cancelamento da cobertura de um dependente for requerido por escrito pelo Titular da Apólice, ou

(e) Mediante notificação por escrito da Seguradora, como permitido pelas condições da Apólice.

Caso o Titular da Apólice queira terminar a cobertura por qualquer razão, o Titular poderá fazê-lo apenas depois da data de aniversário da Apólice e mediante notificação escrita com antecedência de dois (2) meses daquela data.

4. **MUDANÇA DE PRODUTO OU PLANO:** O Titular da Apólice pode requerer uma mudança de produto ou plano em qualquer data de aniversário da Apólice. Tal pedido deve ser apresentado por escrito e recebido antes da data de aniversário da Apólice. Alguns pedidos estão sujeitos a subscrição. Durante os primeiros sessenta (60) dias a partir da data de validade da alteração, os benefícios pagáveis por quaisquer doenças ou lesões que não sejam resultado de acidente ou enfermidade de origem infecciosa, estarão limitados aos menores benefícios previstos no novo plano ou no plano anterior. Durante os primeiros dez (10) meses a partir da data de validade da alteração, benefícios pagáveis por maternidade, recém-nascido, e condições congênitas estarão limitados aos menores benefícios previstos no novo plano ou no plano anterior. Durante os primeiros seis (6) meses seguintes à data efetiva da mudança, os benefícios de transplante serão limitados ao menor benefício oferecido pelo novo plano ou pelo plano anterior.
5. **MUDANÇA DE PAÍS DE RESIDÊNCIA:** O Segurado deve notificar a Seguradora por escrito sobre qualquer mudança de país de residência, até trinta (30) dias de sua ocorrência. A mudança de país de residência poderá resultar em alteração na cobertura, à discrição da Seguradora. A não notificação de mudança de país de residência à Seguradora pode resultar na não renovação da Apólice ou alteração na cobertura no próximo aniversário da Apólice, à discrição da Seguradora.
6. **QUEIXAS:** Estamos satisfeitos em ouvir qualquer aspecto de nossa cobertura de seguro que você tenha apreciado de modo especial. Trabalhamos com afinco para fornecer a você um serviço da melhor qualidade. Entretanto, se não tivermos preenchido suas expectativas, temos um procedimento simples para assegurar que seus interesses sejam tratados com a maior rapidez e eficiência possíveis. Se você tiver algum comentário ou queixa, poderá telefonar para o Serviço de Atendimento ao Cliente da ihi Bupa Customer Service no número +1 305 398 7400. Ou poderá enviar um e-mail para bupa@bupalatinamerica.com, ou ainda escrever para

USA Medical Services
7001 SW 97th Avenue
Miami, Florida 33173, USA

Se não tivermos conseguido resolver o problema e você deseja levar a sua queixa adiante, por favor entre em contato com o Gerente de Queixas no número +1 305 398 7400, ou ainda escrever para:

Complaints Manager
USA Medical Services
7001 SW 97th Avenue
Miami, Florida 33173, USA

É muito raro não conseguirmos resolver uma queixa, mas se isso acontecer, você tem o direito de submeter sua queixa para ser analisada por uma organização independente. A organização vai depender da natureza da queixa e da localidade da ihi Bupa onde a causa da queixa ocorreu. Nós lhe forneceremos essas informações quando for necessário. Na maioria dos casos, será o Danish Insurance Complaints Board (Dinamarca) ou o UK Financial Ombudsman Service (Reino Unido).

Se você quiser saber mais informações sobre o Danish Insurance Complaints Board Dinamarquês, você pode:

- Escrever para eles no endereço: Anker Heegaards Gade, 2, 1. - DK-1572 Copenhagen V, Denmark
- Ligar para eles no número: Tel.: +45 (0) 33 15 89 00
- Encontrar detalhes no website: www.ankeforsikring.dk

Se você quiser saber mais informações sobre o UK Financial Ombudsman Service, você pode:

- Escrever para eles no endereço: South Quay Plaza, 183 Marsh Wall, London E14 9JR, UK
- Ligar para eles no número: Tel: 0845 080 1800 or +44 (0) 20 7964 1000
- Encontrar detalhes no website: www.financial-ombudsman.org.uk

Por favor, informe-nos se você necessita de uma cópia completa de nossos procedimentos de queixas (nenhum desses procedimentos afetam seus direitos legais).

7. **CONFIDENCIALIDADE:** A confidencialidade das informações dos pacientes e dos clientes é a principal preocupação das empresas do Bupa Group. Para este fim, a ihi Bupa está em total conformidade com as Leis de Proteção de Dados Médicos e com as Diretrizes de Confidencialidade Médica. A ihi Bupa algumas vezes utiliza terceiros para processar dados em nosso nome. Tal processamento, o qual poderá ser realizado fora da Área Econômica Europeia (EEA), está sujeito a restrições contratuais no que diz respeito à confidencialidade e segurança, além das obrigações impostas pelo Ato de Proteção de Dados).

8. **MOEDA:** Todos os valores monetários expressos nesta Apólice são em dólares dos Estados Unidos da América.
9. **DEVER DE COOPERAR:** O Segurado colocará à disposição da Seguradora seus relatórios e documentos médicos e, quando solicitado, assinará todos os formulários de autorização necessários para a obtenção destes documentos. A não cooperação ou a não autorização de entrega de todos os documentos médicos pode incorrer na recusa da cobertura por parte da Seguradora.
10. **CONTRATO INTEGRAL/CONTRATO CONTROLADOR:** A Apólice (este documento), a Solicitação de Seguro, o Certificado de Cobertura e quaisquer Termos Aditivos ou emendas constituem o contrato integral entre as partes. A tradução ao português é fornecida para a conveniência do Segurado. **A versão em inglês desta Apólice prevalecerá e é o contrato controlador na eventualidade de quaisquer dúvidas ou disputas relativas a esta Apólice.**
11. **PERÍODO DE GRAÇA:** Caso o pagamento do prêmio não seja recebido na data do vencimento, a Seguradora concederá um período de graça de trinta (30) dias da data de vencimento do prêmio para que este seja pago. Se o prêmio não for recebido antes do fim do período de graça, esta Apólice e todos os seus benefícios serão considerados cancelados retroativamente à data de vencimento original. Nenhum benefício desta Apólice será provido durante o período de graça.
12. **OUTRA COBERTURA DE SEGURO:** Caso o Segurado tenha uma outra apólice que ofereça benefícios também cobertos por esta Apólice, os benefícios serão coordenados. Todos os sinistros incorridos no país de residência devem ser primeiramente apresentados à outra apólice. Esta Apólice somente proverá benefícios após os benefícios pagáveis sob a outra apólice terem sido pagos e os tetos da cobertura da apólice em questão tenham sido atingidos. Fora do país de residência, a IHI Bupa funcionará como a Seguradora primária e, assim sendo, retém o direito de reivindicar quaisquer pagamentos de seguradoras locais ou outras.
13. **PAGAMENTO DE SOLICITAÇÕES DE REEMBOLSO:** A Seguradora tem como prática efetuar pagamentos diretamente a médicos e hospitais em todo o mundo. Quando isso não seja possível, a Seguradora fará o reembolso ao Titular da Apólice com base na tarifa acordada com o Provedor envolvido ou com base nos honorários e custos usuais, costumeiros e razoáveis praticados na região geográfica, o que tenha menor valor entre os dois. Quaisquer encargos ou porções acima destes valores serão de responsabilidade do Segurado. Caso o Titular da Apólice venha a falecer, a Seguradora pagará quaisquer benefícios ao Beneficiário ou ao espólio do Titular da Apólice. A USA Medical Services deve receber todos os dados médicos e não-médicos requeridos

para determinar se a solicitação de reembolso é compensável, antes de: 1) aprovar pagamento direto ou 2) reembolsar o Titular da Apólice.

14. **EXAME FÍSICO:** Antes que a solicitação de reembolso seja acordada, a Seguradora terá o direito e a oportunidade de solicitar qualquer exame do Segurado, cuja doença ou lesão é a base da solicitação de reembolso, quando e quantas vezes considere necessário, assumindo o ônus deste procedimento.
15. **CANCELAMENTO OU NÃO RENOVAÇÃO DA APÓLICE:** A Seguradora retém o direito de cancelar, modificar ou rescindir a apólice caso declarações feitas na mesma sejam identificadas como errôneas, incompletas ou fraudulentas, levando a Seguradora a aprovar a solicitação quando, com base na informação correta ou completa, a Seguradora teria emitido a apólice com cobertura restrita ou negado assegurar o solicitante.

Caso o Segurado mude de país de residência e o seu plano atual não esteja disponível em seu novo país de residência, a Seguradora retém o direito de cancelar ou modificar a apólice no tocante a tarifas, franquia ou benefícios, tanto geral quanto especificamente, de modo a oferecer ao Segurado uma cobertura que seja o mais equivalente possível.

Apresentação de uma solicitação de reembolso fraudulenta também é razão para rescisão ou cancelamento da Apólice.

A Seguradora se reserva o direito de cancelar, não renovar ou modificar a Apólice, com base no conceito de "blocos", como definido nesta Apólice, e a Seguradora oferecerá a cobertura mais equivalente ao Segurado. Nenhum Segurado individual será penalizado com cancelamento ou alteração da Apólice devido **unicamente** a um histórico desfavorável de sinistralidade.

16. **EMISSÃO DA APÓLICE:** Esta Apólice será considerada emitida ou entregue quando recebida pelo Titular da Apólice em seu país de residência.
17. **MODALIDADE DA APÓLICE:** Todas as apólices são consideradas anuais. Os prêmios devem ser pagos anualmente, a menos que a Seguradora autorize outras modalidades de pagamento.
18. **PAGAMENTO DO PRÊMIO:** O Segurado é responsável por efetuar o pagamento do prêmio até o vencimento. O prêmio é devido na data de renovação da Apólice ou em outra data autorizada pela Seguradora. As contas relativas aos prêmios são uma cortesia e a Seguradora não oferece nenhuma garantia de sua entrega. O Titular da

Apólice que não receber sua conta com trinta (30) dias de antecedência ao vencimento e não souber o valor a ser pago, deverá contatar o seu Consultor ou a Seguradora. O pagamento também pode ser feito *online* no site www.bupalatinamerica.com.

19. **MUDANÇA NAS TAXAS DOS PRÊMIOS:** A Seguradora reserva-se o direito de mudar o valor do prêmio a cada renovação. Este direito somente será exercitado com base no conceito de "classe", na data de renovação de cada apólice correspondente.
20. **COMPROVAÇÃO DE DESPESAS:** O Segurado deve fornecer provas escritas de perda, as quais consistem em conta detalhada, relatório médico e formulário de solicitação de reembolso, devidamente preenchido e assinado, à USA Medical Services no endereço 7001 Southwest 97th Avenue, Miami, Florida 33173 EUA, até cento e oitenta (180) dias após o tratamento ou serviço ter sido prestado. Caso o Segurado não faça o acima descrito, a solicitação de reembolso será negada. O Segurado deve apresentar um formulário de solicitação de reembolso completo para cada ocorrência. Os formulários são fornecidos com a Apólice ou podem ser obtidos diretamente do seu Consultor ou da USA Medical Services no endereço acima ou no web site www.bupalatinamerica.com. Contas recebidas em moedas que não sejam dólares americanos serão processadas de acordo com o câmbio determinado pela Seguradora (agindo razoavelmente), na data em que o serviço foi prestado. Para que os benefícios sob esta Apólice sejam pagos, os filhos dependentes, após seu décimo nono (19º) aniversário, devem fornecer um certificado ou declaração de uma faculdade ou universidade como prova de que eram estudantes em tempo integral quando a Apólice foi emitida ou renovada **ALÉM DE** uma declaração assinada pelo Titular da Apólice que o filho dependente é solteiro.
21. **REEMBOLSOS:** Caso um Titular da Apólice cancele a mesma após esta ter sido emitida, reabilitada ou renovada, a Seguradora não reembolsará a parte do prêmio não utilizada. Caso a Seguradora cancele a Apólice por qualquer razão aqui disposta, a Seguradora reembolsará a parte não utilizada do prêmio, descontadas as taxas administrativas e as taxas da Apólice, até no máximo sessenta e cinco por cento (65%) do prêmio. A taxa da Apólice, a taxa da USA Medical Services e trinta e cinco por cento (35%) do prêmio base não são reembolsáveis. A parte não utilizada do prêmio é baseada no número de dias correspondentes à modalidade de pagamento, menos o número de dias em que a Apólice esteve em vigor.
22. **REABILITAÇÃO:** Se a Apólice não for renovada durante o Período de Graça, ela poderá ser reabilitada dentro de sessenta (60) dias após o mesmo, à discrição da Seguradora se o Segurado fornecer prova de que pode ser segurado. Esta prova consistirá em uma nova solicitação e quaisquer outras informações ou documentos requeridos pela Seguradora. A reabilitação não será autorizada depois de noventa (90) dias da data do cancelamento da Apólice.

23. **SUB-ROGAÇÃO E INDENIZAÇÃO:** A Seguradora tem o direito de sub-rogação ou reembolso pelo ou em nome do Segurado a quem tenha efetuado pagamento de solicitações de reembolso, caso o Segurado tenha recebido estes pagamentos, integral ou parcialmente, de uma terceira parte. E mais, a Seguradora tem o direito de agir, às suas próprias custas, em nome do Segurado, contra terceiros cujas ações possam ter resultado em uma solicitações de reembolso sob esta Apólice ou que possam ser responsáveis por indenizar os benefícios relativos a qualquer solicitações de reembolso sob esta Apólice.
24. **IMPOSTOS:** Dependendo do país de residência e do tipo da apólice adquirida, você poderá estar sujeito a impostos aplicáveis e outras cobranças as quais podem ser coletadas e inclusas como parte do prêmio total cobrado.
25. **TÉRMINO DA COBERTURA NO TÉRMINO DA APÓLICE:** No caso de término da Apólice por qualquer razão, a cobertura terminará na data de validade do término e a Seguradora somente será responsável por quaisquer tratamentos cobertos sob a Apólice que tenham sido realizados antes da data efetiva do término da Apólice. Nenhuma cobertura é oferecida para tratamentos que ocorram após a data efetiva de término da Apólice, independente de quando a condição tenha ocorrido ou quanto tratamento adicional possa ser requerido.

Exclusões e Limites

Esta Apólice **não oferece cobertura nem benefícios** para nenhum dos seguintes casos:

1. Tratamento de doença, lesão ou cobranças resultantes de qualquer tratamento, serviço ou produto que:
 - (a) Não seja medicamente necessário, ou
 - (b) Seja para um Segurado que não esteja sob cuidados médicos ou de profissional licenciado, ou
 - (c) Não seja autorizado ou prescrito por um médico, ou
 - (d) Seja relacionado com assistência domiciliar básica, ou
 - (e) Sejam realizados em hospital embora não requeiram o uso de instalações hospitalares.
2. Qualquer tratamento ou cuidados prestados ao Segurado - quer este esteja mentalmente sadio ou não - devido a doença ou lesão auto-induzida, suicídio, tentativa de suicídio, uso ou abuso de álcool, uso ou abuso de drogas, ou uso ilegal

de substâncias controladas, incluindo qualquer acidente resultante de qualquer dos critérios supra citados.

3. Exames regulares de olhos e ouvidos, aparelhos auditivos, óculos, lentes de contato, queratotomia radial e outros procedimentos para corrigir transtornos de refração ocular.
4. Qualquer exame médico ou estudo para diagnóstico que for parte de um exame físico de rotina, incluindo vacinas, emissão de atestados e exames médicos para fins de emprego ou viagem, exceto como definido na Disposição 22 "Check-up Anual" desta Apólice.
5. Tratamentos homeopáticos, acupuntura, ou qualquer tipo de medicina alternativa, exceto como definido nas disposições desta Apólice.
6. Qualquer doença ou lesão não causada por acidente ou doença de origem infecciosa que se tenha manifestado pela primeira vez nos primeiros sessenta (60) dias após a data de validade da Apólice.
7. Cirurgia eletiva ou cosmética ou tratamento médico prioritariamente estético, a menos que necessário devido a lesão, deformidade ou doença que tenha ocorrido pela primeira vez durante a cobertura do Segurado sob esta Apólice. Isto inclui também quaisquer tratamentos cirúrgicos do nariz ou deformidades do septo nasal que não tenham sido causados por trauma.
8. Quaisquer cobranças relacionadas a condições pré-existentes, exceto como definido e abordado nesta Apólice.
9. Quaisquer tratamentos, serviços ou suprimentos que não sejam científica ou medicamente reconhecidos para o tratamento prescrito, ou cujo uso seja considerado em desconformidade com a bula, ou que sejam considerados experimentais e/ou não aprovados para uso geral pela agência reguladora de alimentos e fármacos (FDA) dos EUA.
10. Tratamento em qualquer instalação governamental ou qualquer despesa se o Segurado fosse qualificado para tratamento gratuito. Serviço ou tratamento para o qual pagamento não teria sido feito se a cobertura do seguro não existisse ou no caso de epidemias que tenham sido colocadas sob a responsabilidade de autoridades governamentais.

11. Procedimentos diagnósticos ou tratamento de transtornos psiquiátricos que requeiram internação, exceto quando integrantes de tratamento para uma condição coberta. Transtornos mentais e/ou de comportamento ou desenvolvimento, Síndrome de Fadiga Crônica, apnéia de sono e outros transtornos do sono.
12. Qualquer parte de honorários e custos acima do usual, costumeiro e razoável para o serviço específico ou suprimentos na área geográfica, ou nível apropriado de tratamento sendo prestado.
13. Qualquer despesa relativa a esterilização masculina ou feminina, reversão de esterilização, mudança de sexo, transformação sexual, controle de natalidade, infertilidade, inseminação artificial, disfunção ou imperfeições sexuais, transtornos relacionados ao HPV (papilomavírus humano) e doenças venéreas.
14. Tratamento ou serviços para qualquer condição médica, mental ou dentária relacionada ou resultante de complicações de condições médicas, mentais, serviços dentários e outros especificamente excluídos por uma emenda ou não cobertos por esta Apólice.
15. Quaisquer despesas, serviços ou tratamentos para a obesidade, controle de peso ou qualquer forma de suplemento alimentar.
16. Tratamento podiátrico para tratar transtornos funcionais da estrutura dos pés, incluindo entre outros calos, joanetes, verruga plantar, fasciite plantar, desvios do hálux, dedo em martelo, metatarsalgia de Morton, pé chato, arcos e pés enfraquecidos, pedicures, sapatos especiais e palmilhas ortopédicas de qualquer tipo ou formato.
17. Tratamento por aparelho estimulador do crescimento ósseo, estimulação do crescimento ósseo ou tratamentos relacionados com hormônio de crescimento, independente da razão da prescrição.
18. Todos os tratamentos para a mãe ou recém-nascido relacionados a gravidez não-coberta.
19. Qualquer aborto voluntário, exceto quando a vida da mãe estiver em perigo imediato.
20. Complicações da maternidade resultantes de tratamentos de fertilidade ou qualquer tipo de procedimento de fertilidade assistida.

21. Quaisquer transtornos ou doenças congênitas ou hereditárias, exceto como definido nas disposições desta Apólice.
22. Quaisquer tratamentos ou serviços dentários não relacionados a acidente coberto ou que ocorra depois dos noventa (90) dias da data do acidente coberto.
23. Tratamento de lesões ocorridas durante a prestação de serviços como membro da polícia ou unidade militar ou participação em guerras, tumultos, distúrbios civil, atividades ilegais e o encarceramento resultante dessas atividades.
24. Doenças relacionadas à Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (AIDS), HIV-soropositivas ou AIDS. No entanto, doenças relacionadas à Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (AIDS), HIV-soropositivas ou AIDS serão cobertas se provado que foram causadas por transfusão de sangue recebida após a data de validade da Apólice. Indivíduos HIV-soropositivos também serão cobertos se provarem que o contágio se deu durante o curso de uma ocupação normal para as seguintes profissões: médico, dentista, enfermeiro, pessoal de laboratório, funcionários hospitalares indiretos, assistentes de médicos e dentistas, pessoal de ambulâncias, parteiras, bombeiros, policiais, funcionários de prisões. O Segurado notificará a Seguradora dentro de catorze (14) dias após o acidente e, ao mesmo tempo, fornecerá resultado negativo de exame para a presença de anticorpo do HIV com data anterior ao acidente.
25. Internação eletiva por período superior a vinte e três (23) horas antes de uma cirurgia planejada, exceto se autorizada por escrito pela Seguradora.
26. Tratamento do maxilar superior, da mandíbula ou transtornos do maxilar, incluindo entre outras, anomalias do maxilar, malformações, síndrome da articulação temporomandibular, disfunções craniomandibulares ou outras condições da mandíbula ou da articulação dos maxilares que ligam o osso maxilar e o crânio, e o complexo de músculos, nervos e outros tecidos relacionados a essa articulação.
27. Tratamentos realizados por cônjuge, pais, irmãos ou filhos de qualquer indivíduo Segurado sob esta Apólice.
28. Medicamentos disponíveis sem prescrição médica, medicamentos que requeiram prescrição médica que não sejam prescritos pela primeira vez durante internação hospitalar e medicamentos prescritos que não sejam prescritos como parte de um tratamento pós-cirúrgico ambulatorio.

29. Rim mecânico pessoal ou domiciliar, exceto se autorizado por escrito pela Seguradora.
30. Armazenamento de medula óssea, células-tronco, sangue do cordão umbilical ou qualquer outro tecido ou célula, exceto como disposto nesta Apólice. Os custos relacionados com a aquisição ou implante de coração artificial ou outros órgãos artificiais ou de origem animal e todas as despesas com criopreservação superior a vinte e quatro (24) horas.
31. Lesão ou doença causada ou relacionada com radiação ionizada, poluição ou contaminação, radioatividade de material ou dejetos nucleares, combustão de combustível ou dispositivos nucleares.

Definições

1. **ACIDENTE:** Evento repentino ou imprevisto produzido por uma causa externa que resulte em lesão.
2. **LESÃO CORPORAL ACIDENTAL:** Danos ao corpo causados por fator externo repentino e imprevisto.
3. **TRANSPORTE POR AMBULÂNCIA AÉREA:** Transporte aéreo de emergência desde o hospital onde o Segurado é admitido até o hospital mais próximo onde o tratamento possa ser prestado.
4. **EMENDA:** Um documento adicionado à Apólice pela Seguradora que esclarece, explica ou altera o seu teor.
5. **HONORÁRIOS DE ANESTESISTAS:** Valores cobrados por anestesistas para a administração da anestesia durante o procedimento cirúrgico, pela supervisão de um Enfermeiro Anestesiologista que administre a anestesia durante o procedimento cirúrgico, ou em serviços medicamentes necessários para o controle da dor.
6. **DATA DE ANIVERSÁRIO:** Ocorrência anual da data em que a Apólice entrou em vigor.
7. **SOLICITANTE:** Indivíduo que executou a solicitação de seguro saúde pleiteando cobertura.

8. **SOLICITAÇÃO:** Formulário preenchido por um solicitante com dados sobre si mesmo e/ou seus dependentes, o qual é utilizado pela Seguradora para determinar a aceitação ou negação do risco. A solicitação de seguro saúde inclui as declarações verbais feitas pelo Solicitante durante entrevista médica promovida pela Empresa, histórico médico, questionário e outros documentos fornecidos ou requeridos pela Seguradora antes da emissão de uma apólice.
9. **HONORÁRIOS DE MÉDICOS/CIRURGIÕES ASSISTENTES:** Encargos gerados por médicos ou cirurgiões assistentes que auxiliaram o médico ou cirurgião principal em um procedimento cirúrgico.
10. **BLOCO:** Os Segurados de um certo tipo de apólice (incluindo a franquia) ou um território.
11. **REDE DE PROVEDORES DA BUPA:** Grupo de hospitais e médicos aprovados e contratados para tratar Segurados em nome da Seguradora. A lista dos hospitais e médicos da Rede de Provedores da Bupa pode ser obtida da USA Medical Services ou *online* no site www.usamedicalservices.com, e pode mudar a qualquer hora sem notificação prévia.
12. **ANO-CALENDÁRIO:** Período que vai de 1º de janeiro a 31 de dezembro.
13. **CERTIFICADO DE COBERTURA:** O documento da Apólice que especifica o início da vigência, condições, extensão e limitações da cobertura, além de nomear o Titular da Apólice e cada dependente coberto.
14. **CLASSE:** Os Segurados de todas as apólices do mesmo tipo, incluindo entre outras coisas benefícios, franquias, faixas etárias, países, planos, grupos por ano ou qualquer combinação destes itens.
15. **EMPRESA:** Bupa Insurance Limited, uma empresa registrada na Inglaterra sob o No. 3956433. Nosso endereço é 15-19 Bloomsbury Way, London WC1A 2BA, UK.
16. **COMPLICAÇÕES NO PARTO:** Quaisquer transtornos relacionados com um parto, não causados por fatores genéticos e manifestados durante os primeiros trinta e um (31) dias de vida, incluindo entre outras coisas, hiperbilirubinemia (icterícia), hipóxia cerebral, hipoglicemia, prematuridade, transtorno respiratório ou trauma no parto.
17. **COMPLICAÇÕES NA MATERNIDADE:** Anormalidades no curso da gravidez e puerpério que previnem o parto natural e com assistência médica regular. Para os

fins desta Apólice, cesariana eletiva ou cesariana após cesariana não são consideradas complicações na maternidade.

18. **DOENÇAS OU TRANSTORNOS CONGÊNITOS E HEREDITÁRIOS:** Quaisquer transtornos ou doenças que existam antes do parto, independente de sua causa, quer tenham ou não se manifestado ou sido diagnosticados no parto ou anos após.
19. **PAÍS DE RESIDÊNCIA:** O país:
 - (a) Onde o Segurado reside a maior parte de qualquer ano-calendário ou ano-apólice, ou
 - (b) Onde o Segurado resida mais de cento e oitenta (180) dias consecutivos durante qualquer período de trezentos e sessenta e cinco (365) dias, enquanto a Apólice estiver em vigor.
20. **GRAVIDEZ COBERTA:** Gravidez coberta é toda aquela cuja data do parto seja no mínimo dez (10) meses após a data de vigência da cobertura para o/a pai/mãe segurado/a. O pai Segurado não pode ser um dependente masculino.
21. **ASSISTÊNCIA DOMICILIAR BÁSICA:** Auxílio com as atividades da vida diária que pode ser prestado por pessoal não-médico/enfermeiro (banhos, curativos, asseio pessoal, alimentação, etc.).
22. **FRANQUIA:** O valor das despesas cobertas que deve ser pago pelo Segurado antes que os benefícios da Apólice sejam ativados. As despesas incorridas no país de residência estão sujeitas à franquia para dentro do país. As despesas incorridas fora do país de residência estão sujeitas à franquia para fora do país.
23. **CENTRO MÉDICO DIAGNÓSTICO:** Instalação médica licenciada para efetuar exames médicos e/ou serviços diagnósticos abrangentes.
24. **SERVIÇOS DE DIAGNÓSTICO:** Os serviços medicamente necessários e testes de laboratório utilizados para diagnosticar ou tratar condições médicas, incluindo patologia, raios-x, ultra-som e varreduras IRM/TC/PET.
25. **COMPANHEIRO(A):** Pessoa do mesmo sexo ou de sexo oposto ao do Titular da Apólice com quem este tenha estabelecido uma União Estável.
26. **UNIÃO ESTÁVEL:** O relacionamento entre o Titular da Apólice e outra pessoa do mesmo sexo ou do sexo oposto. Todos os requerimentos abaixo se aplicam aos dois indivíduos:

- (a) Não devem estar atualmente casados ou em União Estável com outra pessoa sob lei estadual ou direito consuetudinário.
- (b) Devem compartilhar a mesma residência permanente e as necessidades comuns à vida.
- (c) Devem ser pelo menos maiores de dezoito (18) anos.
- (d) Devem ser mentalmente competentes para consentir ao contrato.
- (e) Devem ser financeiramente interdependentes e devem fornecer documentação que apoie pelo menos duas (2) das condições abaixo para determinar a interdependência financeira:
 - i. Eles devem ter uma relação exclusiva há pelo menos um (1) ano
 - ii. Devem ser co-proprietários de uma residência
 - iii. Devem possuir pelo menos dois (2) dos itens abaixo:
 - Co-propriedade de um automóvel
 - Conta conjunta (corrente ou de investimento)
 - Conta conjunta de crédito
 - Aluguel de uma residência identificando ambos como inquilinos
 - Testamento e/ou seguro de vida que designe o outro como beneficiário principal

O Titular da Apólice e seu/sua Companheiro/a devem assinar a declaração de União Estável conjuntamente.

- 27. **DOADOR:** Pessoa, viva ou falecida, de quem um ou mais órgãos, tecidos ou células tenham sido removidos com o propósito de transplantá-lo(s) para o corpo de uma outra pessoa (recededor).
- 28. **DATA DE VENCIMENTO:** Data em que o prêmio deve ser pago.
- 29. **DATA DE VALIDADE:** A data indicada no Certificado de Cobertura na qual a cobertura especificada na Apólice entra em vigor.
- 30. **EMERGÊNCIA:** Qualquer condição médica manifestada por sinais ou sintomas agudos que possam colocar a vida ou a integridade física do Segurado em risco imediato se este não receber cuidados médicos dentro de vinte e quatro (24) horas.
- 31. **TRATAMENTO DENTÁRIO DE EMERGÊNCIA:** Tratamento necessário para restaurar ou substituir dentes danificados ou perdidos em um acidente coberto.
- 32. **TRATAMENTO DE EMERGÊNCIA:** Atendimento ou cuidados medicamente necessários devido a uma emergência.

33. **PERÍODO DE GRAÇA:** Período de trinta (30) dias após a data de vencimento da Apólice durante o qual a Seguradora permitirá que a mesma seja renovada.
34. **TRANSPORTE POR AMBULÂNCIA TERRESTRE:** Transporte de emergência até um hospital por ambulância terrestre.
35. **ASSISTÊNCIA MÉDICA DOMICILIAR:** Assistência prestada ao Segurado em sua residência, prescrita e certificada por escrito pelo médico atendente, necessária para o tratamento apropriado da doença ou lesão e utilizada em lugar de internação hospitalar. A Assistência Médica Domiciliar inclui os serviços de um profissional licenciado hábil (enfermeira, terapeuta, etc.) fora do hospital e não inclui a Assistência Domiciliar Básica.
36. **CUIDADOS PALIATIVOS/ATENDIMENTO NO FIM DA VIDA:** Atendimentos recebidos após o diagnóstico de doença terminal, inclusive físicos, psicológicos e sociais, assim como também acomodações na cama, atendimento de enfermagem e medicamentos prescritos. Este tipo de atendimento deve ser aprovado pela USA Medical Services.
37. **HOSPITAL:** Instituição legalmente licenciada como instalação médica ou cirúrgica no país em que está situada a) oferecendo, principalmente, instalações diagnósticas e terapêuticas para diagnósticos clínicos e cirúrgicos, tratamentos e cuidados a pessoas feridas e doentes sob a supervisão de uma equipe de médicos; b) não é um lugar de repouso para idosos ou convalescentes, abrigo da terceira idade, nem uma instalação para cuidados a longo prazo.
38. **SERVIÇOS HOSPITALARES:** Inclui atendimento e serviços por pessoal médico, equipe de enfermagem, instrumentistas, refeições e acomodações padrão privadas e semi-privadas, além de outros tratamentos medicamente necessários ou serviços requeridos pelo médico do Segurado internado no hospital. Não estão incluídos nos Serviços Hospitalares enfermeira particular e melhoria do padrão do quarto (ex.: suíte júnior para master).
39. **IHI BUPA:** Ihi Bupa é um nome comercial da Bupa Insurance Limited.
40. **DOENÇA:** Condição anormal do corpo, manifestada por sinais, sintomas e/ou resultados anormais em exames médicos que identifiquem a condição como diferente do estado normal do corpo.
41. **DOENÇA INFECCIOSA:** Condição clínica resultante da presença de agente microbiano patogênico inclusive vírus, bactéria, fungos, protozoa, parasitas multicelulares e proteínas anormais (príons) que podem ser transmitidas de pessoa a pessoa.

42. **LESÃO:** Dano infringido ao corpo por uma causa externa.
43. **INTERNAÇÃO HOSPITALAR:** Atendimento médico ou cirúrgico que devido a sua intensidade deve ser ministrado durante estadia hospitalar superior a vinte e três (23) horas. A necessidade de internação deve também ser justificada pela gravidade da doença. Tratamento restrito ao setor de emergências não é considerado internação.
44. **SEGURADO:** Indivíduo para quem uma solicitação de seguro saúde foi preenchida, o prêmio pago e a cobertura aprovada e iniciada pela Seguradora. O termo "Segurado" inclui o Titular da Apólice e todos os dependentes cobertos por esta Apólice.
45. **MEDICAMENTO NECESSÁRIO:** Tratamento, serviço ou suprimento médico determinado como necessário e apropriado para o diagnóstico e/ou o tratamento de uma doença ou de uma lesão pela USA Medical Services. Um tratamento, serviço ou suprimento não será considerado medicamento necessário se:
- (a) For apenas uma conveniência ao Segurado, à família do Segurado ou ao fornecedor (ex.: enfermeira particular, melhoria do padrão do quarto, etc.); ou
 - (b) Não seja apropriado para o diagnóstico ou tratamento do Segurado; ou
 - (c) Exceda o nível de cuidado necessário para permitir o diagnóstico e o tratamento adequado e apropriado; ou
 - (d) Esteja fora do padrão da prática, como estabelecido pelos Conselhos Profissionais de cada disciplina (Medicina, Fisioterapia, Enfermagem, etc.).
46. **RECÉM-NASCIDO:** Uma criança durante os seus primeiros trinta e um (31) dias de vida.
47. **ENFERMEIRO(A):** Indivíduo legalmente licenciado para prestar serviços de enfermagem no país onde o tratamento seja prestado.
48. **SERVIÇOS AMBULATÓRIOS:** Tratamentos médicos ou serviços prestados ou requisitados por um médico para o Segurado quando este não for internado em um hospital. Incluem os serviços executados em um hospital ou na emergência por um período inferior a vinte e quatro (24) horas.
49. **MÉDICO OU DOUTOR:** Profissional legalmente licenciado para exercer a medicina no país onde o tratamento é fornecido e que esteja atuando dentro do escopo de sua prática. O profissional legalmente licenciado para exercer a odontologia também estará incluído nos termos "médico" e "doutor".

50. **TITULAR DA APÓLICE:** O solicitante nomeado na solicitação de seguro saúde. É a pessoa designada para receber o reembolso por despesas médicas cobertas, bem como o retorno de qualquer prêmio excedente.
51. **ANO-APÓLICE:** O período de doze (12) meses consecutivos contados a partir da data de validade da Apólice e todo período subsequente de igual duração.
52. **CONDIÇÕES PREEXISTENTES:** Quaisquer condições:
- (a) Diagnosticadas por um médico antes da data de validade da Apólice ou sua reabilitação, ou
 - (b) Para as quais aconselhamento ou tratamento médico foi recomendado por ou recebido de um médico antes data de validade da Apólice ou sua reabilitação, ou
 - (c) Para as quais qualquer sintoma e/ou sinal, se apresentado a um médico antes da data efetiva da Apólice, teriam resultado em diagnóstico de doença ou condição médica.
53. **MEDICAMENTOS POR PRESCRIÇÃO MÉDICA:** Medicamentos cuja venda e uso, por lei, exigem e são restritos à prescrição médica.
54. **RECEBEDOR:** Indivíduo que recebeu ou está no processo de receber transplante de células, tecido ou órgão.
55. **SERVIÇOS DE REABILITAÇÃO:** Tratamento prestado por profissional devidamente licenciado do setor de saúde e cuja finalidade seja habilitar indivíduos que tenham perdido a habilidade de funcionar normalmente devido a lesão grave, enfermidade, cirurgia ou para tratamento da dor, para que possam atingir e manter suas funções físicas, sensoriais e intelectuais normais. Estes serviços podem incluir: atendimento médico, fisioterapia, terapia ocupacional e outros.
56. **DATA DE RENOVAÇÃO:** O primeiro dia do próximo ano-apólice. A data de renovação será sempre a data de aniversário da Apólice.
57. **TERMO ADITIVO:** Um documento acrescentado à Apólice pela Seguradora e que acrescenta e detalha uma cobertura opcional.
58. **SEGUNDA OPINIÃO CIRÚRGICA:** A opinião de um médico diferente do médico atendente atual.
59. **ACIDENTE GRAVE:** Trauma imprevisto que ocorre sem a intenção do Segurado, que supõe uma causa externa repentina e impacto violento ao corpo, resultando em lesões

graves e visíveis no corpo que requerem hospitalização e internação imediatas dentro de algumas horas após a ocorrência da lesão grave para evitar perda de vida ou de integridade física. A existência de lesão severa será determinada por consenso entre o médico atendente e o consultor médico da Seguradora, após revisão das notas de triagem, registros da emergência e da documentação de admissão hospitalar.

60. **PROCEDIMENTO DE TRANSPLANTE:** É o procedimento no qual um órgão, célula ou tecido é implantado de uma parte a outra, ou de um indivíduo a outro da mesma espécie, ou quando um órgão, célula (ex.: células-tronco, medula óssea, etc.) ou tecido é removido de um indivíduo e reimplantado nele mesmo.
61. **REDE DE PROVEDORES DE TRANSPLANTES:** Grupo de hospitais e de médicos contratados em nome da Seguradora com a finalidade de fornecer benefícios de transplantes ao Segurado. A lista dos hospitais e dos médicos da Rede de Provedores de Transplantes pode ser obtida da USA Medical Services e pode ser alterada a qualquer momento, sem notificação prévia.
62. **HONORÁRIOS E CUSTOS USUAIS, COSTUMEIROS E RAZOÁVEIS:** Os honorários e custos usuais, costumeiros e razoáveis para serviços prestados em uma região geográfica, independente de o pagamento ser direto ou através de reembolso.
63. **NÓS/NOS/NOSSO:** Bupa Insurance Limited ou USA Medical Services agindo em nome da Bupa Insurance Limited.
64. **ATENDIMENTO AO BEBÊ SADIO:** Atendimento médico de rotina prestado a um recém-nascido saudável.

SUPLEMENTO

Como funciona o processo de solicitações de reembolso da USA Medical Services?

Pede-se aos segurados notificarem a USA Medical Services tão logo tomem conhecimento de que necessitarão qualquer tipo de tratamento.

Quatro razões para você notificar a USA Medical Services pelo telefone +1 (305) 275-1500:

1. **Assistência** na compreensão e coordenação de seus benefícios com acesso direto 24-horas à nossa equipe de médicos e pessoal com treinamento médico.
2. **Apoio** de nosso pessoal médico, prestando aconselhamento a você e sua família sobre o melhor atendimento médico e serviço disponíveis: hospitais de primeira linha, médicos renomados e recursos comunitários.
3. **Acesso** a funcionários com qualificações médicas e extensa experiência no setor para ajudá-lo a evitar ou reduzir despesas médicas desnecessárias e altos custos.
4. Quando você nos notifica, podemos providenciar a **melhor** gestão de atendimento possível antes, durante e depois de seu tratamento ou serviço.

Antes da solicitação de reembolso: Uma vez que a USA Medical Services é notificada de que um Segurado necessita algum tipo de tratamento, um de nossos médicos começa a administrar o caso comunicando-se diretamente com o médico do paciente e a instalação médica. Tão logo recebamos todos os dados necessários de seu provedor, inclusive os relatórios médicos, nosso pessoal coordenará o pagamento direto e confirmará os seus benefícios. É assim que garantimos a nossos Segurados uma admissão tranquila no hospital, sem preocupações com pagamentos ou reembolsos. Além disso, estamos aqui para coordenar e agendar ambulâncias aéreas, segundas opiniões médicas e cirúrgicas, consultas com especialistas e outros serviços médicos.

Durante a solicitação de reembolso: Durante o tratamento e/ou hospitalização, nossos médicos e pessoal treinado continuarão a monitorar o paciente, comunicando-se constantemente com o médico e pessoal do hospital e fazendo o acompanhamento dos tratamentos necessários, progresso e resultados. Nós também podemos fornecer informações e apoio à sua família sobre os mais recentes avanços médicos e tratamentos. Membros de nossa equipe médica visitam os pacientes e contatam

as famílias, oferecendo assistência, respondendo a perguntas e assegurando que o paciente receba serviços da melhor qualidade.

Após a solicitação de reembolso: Após o tratamento ou alta hospitalar, nossos médicos coordenarão qualquer seguimento (tratamento ou terapia) e farão todos os arranjos necessários até que o pagamento total de todas as despesas seja realizado.

Notificação: O primeiro passo no processo de solicitações de reembolso

Nesta seção você verá o que fazer quando o seu médico informa que você necessita de um procedimento ou seguimento de tratamento. Você também verá quais informações você deverá nos fornecer quando nos contatar e como o ajudaremos durante o processo de solicitação de reembolso.

A autorização de solicitações de reembolso é responsabilidade de nossa equipe médica na USA Medical Services. Eles o ajudarão a receber tratamento o mais rápido possível e estão à sua disposição oferecendo aconselhamento e informações, e também para confirmar sua cobertura em qualquer procedimento.

Não se esqueça de notificar a USA Medical Services pelo telefone +1(305) 275-1500, ou por e-mail (usamed@usamedicalservices.com), pelo menos 72 horas antes de receber qualquer atendimento médico ou dentro das primeiras 72 horas após receber tratamento médico de emergência.

Se o seu médico requerer que você veja um especialista ou que faça quaisquer exames:

Telefone ou envie um e-mail à USA Medical Services.

Ter os seguintes detalhes à mão nos ajudará a acelerar o processamento de sua solicitação de reembolso:

1. Nome do médico que fez a indicação
2. O médico que lhe foi indicado
3. Os exames necessários
4. Nome do hospital de sua preferência

Precisaremos revisar o seu prontuário ou relatório médico, portanto peça uma cópia a seu médico. Você pode enviá-los a nós por fax ou por e-mail.

A USA Medical Services providenciará todos os exames e confirmará sua cobertura para o médico e hospital. Geralmente isso demora alguns dias após recebermos todas as informações necessárias.

Se o seu médico diz que você precisa de cirurgia ou outro tratamento ambulatorial ou como paciente diarista:

Telefone ou envie um e-mail à USA Medical Services.

Nós vamos requerer o seguinte:

1. Nome da condição ou sintoma a ser tratado
2. O tratamento proposto
3. O nome do médico que fez a indicação
4. Nome do médico ou hospital de sua preferência

Outra vez, para acelerar o processamento de sua solicitação de reembolso, necessitaremos cópias do relatório/prontuário médico.

Após receber todas as informações, nós vamos:

- Confirmar que sua apólice esteja em vigor durante o seu tratamento
- Confirmar que a condição e tratamento sejam qualificados sob os termos de seu plano
- Confirmar que o hospital e médico estejam cobertos
- Agendar sua consulta com o hospital, em horário que lhe seja conveniente

Após você receber alta: Vamos necessitar de um formulário de solicitação de reembolso, relatórios e prontuários médicos e as faturas originais. Normalmente estes documentos nos são enviados diretamente do hospital, mas o processamento de sua solicitação de reembolso pode ser afetado se não recebermos todos estes itens e tivermos que requerer que nos sejam enviados.

Quando sua solicitação de reembolso for aprovada, confirmaremos os valores pagos e os valores que você deverá pagar ao hospital ou médico (por exemplo, a franquia de seu plano).

Na maioria dos casos, a USA Medical Services pagará ao hospital e ao médico diretamente, mas há casos quando isto não é possível. Isto acontece quando o tratamento é realizado em hospital que não faz parte da Rede de Provedores da Bupa, se não formos informados do tratamento ou se pedimos mais informações sobre o seu caso.

Se o seu médico recomendar fisioterapia ou reabilitação pós-cirúrgica:

Telefone ou envie um e-mail à USA Medical Services.

Nós vamos requer o seguinte:

1. O seu programa de fisioterapia
2. O fisioterapeuta que o acompanhará

O seu médico deve elaborar um plano que estabeleça quantas sessões de fisioterapia você necessita e o seu prognóstico de evolução. Este plano é requerido para a aprovação.

Como apresentar uma solicitação de reembolso após o tratamento ou serviço

Se você seguiu as instruções corretamente, nós provavelmente já estamos no processo de emitir o pagamento diretamente ao seu provedor. Porém, há circunstâncias em que isto não é possível, e precisamos processar um reembolso a você. Nestes casos, veja as instruções abaixo.

Para acelerar o processamento de sua solicitação de reembolso, certifique-se de seguir os seguintes passos:

1. Preencher o formulário de solicitação de reembolso. A cópia do formulário pode ser encontrada no jogo de documentos da Apólice que você recebeu ou no site www.bupalatinamerica.com.
2. Anexar todos os documentos médicos, caso não tenham sido ainda enviados. Por exemplo:
 - Relatório do médico
 - Resultados de exames diagnósticos e de laboratório
 - Prescrições
 - Requisições para equipamento médico
3. Anexar todos os recibos originais. Por exemplo:
 - Faturas
 - Comprovante de pagamento

4. Enviar tudo para a USA Medical Services:

- Você tem até 180 dias da data do serviço para enviar sua solicitação de reembolso.

USA Medical Services

7001 SW 97th Avenue, Miami, Florida 33173 EUA

Tel.: +1 (305) 275-1500 · Fax: +1 (305) 275-8555

Endereços na Europa:

Bupa International Russell House, Russell Mews, Brighton BN1 2NR, UK

Bupa Cyprus, 3 Ioannis Polemis Street, PO Box 51160, 3502 Limassol, Cyprus

Bupa Denmark, filial af Bupa Insurance Limited, England, Palaegade, DK-1261, Copenhagen K, Denmark

Bupa France, Nice Etoile 30, Avenue Jean Médecin, F-06000, Nice, France

Bupa Malta, 120 The Strand, Gzira, Malta

Bupa Spain, Edif. Santa Rosa 1 D, C/. Santa Rosa 20, Los Boliches, E-29640 Fuengirola (Málaga) Spain



Oferecendo soluções para assegurar sua
saúde na América Latina e no Caribe



Administração:

7001 Southwest 97th Avenue

Miami, Florida 33173

Telephone: +1 (305) 398-7400

Fax: +1 (305) 275-8484

www.bupalatinamerica.com

bupa@bupalatinamerica.com

ihi Bupa:

Bupa Insurance Limited

Bupa House, 15-19 Bloomsbury Way, London WC1A 2BA, UK