

“Me sinto seguro sabendo que posso contar com a proteção da Bupa sempre que necessário”



Bupa Critical Care
Guia do Segurado

Bupa



Índice

Bem-vindo à Bupa	1
USA Medical Services	1
Administre sua apólice <i>online</i>	2
Opções	2
Como nos contatar	3
Seus benefícios	4
Suplemento	
Como funciona o processo de solicitações de reembolso da USA Medical Services?	31
Notificação: O primeiro passo no processo de solicitações de reembolso	32
Como apresentar uma solicitação de reembolso após o tratamento ou serviço	34

Bem-vindo à Bupa

Obrigado por haver escolhido o programa Bupa Critical Care, oferecido pela 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 Critical 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 a sua cobertura.

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

USA Medical Services

A sua linha direta à excelência médica

Como parte do grupo Bupa, a USA Medical Services existe para fornecer o melhor apoio profissional aos membros do grupo Bupa 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 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 Bupa
- Informações sobre os produtos que oferecemos
- Estimativa de prêmios grátis

Inscreva-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" (Inscreva-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 o seu cadastro

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	2.000	3.500	5.000	10.000	20.000	50.000
Fora do país	2.000	3.500	5.000	10.000	20.000	50.000

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.

Como nos contatar

Serviço de Assistência ao Cliente da 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

Endereço para correspondência:

Bupa

7001 SW 97th Avenue

Miami, Florida 33173

USA

Seus benefícios (a partir de 1º de janeiro de 2010)

Contrato	5
Notificações obrigatórias à Seguradora	6
Quadro de benefícios	7
Disposições da Apólice	9
Administração	13
Exclusões e Limites	19
Definições	
Definições gerais	22
Definições de diagnósticos médicos	29

Contrato

A **Bupa Insurance Company** (doravante "Seguradora") concorda em pagar a você (doravante "Titular da Apólice") os benefícios providos por esta Apólice para qualquer tratamento, serviço ou suprimentos médicos providos na América Latina, no Caribe, e nos Estados Unidos da América. Todos os benefícios estão sujeitos aos termos e condições desta Apólice.

Direito de examinar a apólice por dez (10) dias: Esta Apólice poderá ser devolvida dentro de dez (10) dias após seu recebimento com direito a reembolso de todos os prêmios pagos. A Apólice poderá ser devolvida à Seguradora ou ao Consultor do Titular da Apólice. Se devolvida, a Apólice será anulada como se nunca houvera sido emitida.

Nota importante sobre a solicitação: Esta Apólice é emitida com base na solicitação e pagamento do prêmio. Caso qualquer informação contida na solicitação seja incorreta ou incompleta ou no caso de qualquer omissão, a Apólice poderá ser rescindida, cancelada ou ter sua cobertura modificada à discrição única e exclusiva da Seguradora.

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.



David Maltby
Presidente

Notificações obrigatórias à Seguradora

O Segurado deve contatar a USA Medical Services, a Administradora de Sinistros da 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.

Se o Segurado deixar de contatar a USA Medical Services como aqui determinado, o Segurado será responsável por trinta por cento (30%) de todas as despesas médicas e hospitalares cobertas relacionadas à solicitação de reembolso, além da franquia do plano.

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.

A Apólice Bupa Critical Care apenas oferece cobertura dentro da Rede de Provedores da Bupa Critical. Nenhum benefício será pago por serviços prestados fora da Rede de Provedores da Bupa Critical, exceto como especificado nas Disposições para Tratamentos Médicos de Emergência.

Cobertura máxima por Segurado, por ano-apólice	\$1 milhão
--	------------

Esta Apólice paga benefícios somente para as seguintes condições e tratamentos médicos:	Cobertura
Transtornos neurológicos, inclusive acidentes vasculares cerebrais	\$150.000
Cirurgia cardíaca e angioplastia	\$150.000
Tratamento do câncer, incluindo quimioterapia, radioterapia e cirurgia reconstrutiva	\$200.000
Trauma grave (politraumatismo), inclusive reabilitação	\$150.000
Insuficiência renal crônica (diálise)	\$100.000
Queimaduras graves, inclusive cirurgia reconstrutiva	\$300.000
Septicemia (transtorno infeccioso severo)	\$150.000
Transplantes de órgãos (por Segurado, vitalício):	
<ul style="list-style-type: none">• Coração• Coração/Pulmão• Pulmão• Pâncreas• Pâncreas/Rim• Rim• Fígado• Medula óssea	<ul style="list-style-type: none">\$300.000\$300.000\$250.000\$250.000\$300.000\$200.000\$200.000\$250.000

Os benefícios a seguir estão sujeitos aos limites de cobertura acima: Benefícios na internação	Cobertura
Quarto de hospital e alimentação (privativo/semi-privativo)	100%
Unidade de Tratamento Intensivo	100%
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%

Benefícios para pacientes ambulatoriais	Cobertura
Consultas médicas e de especialistas	100%
Medicamentos prescritos (após hospitalização ou cirurgia em paciente ambulatorio)	100% (máximo de 6 meses)
Fisioterapia/reabilitação (requer autorização prévia)	100%
Serviços diagnósticos (exames clínicos, raios-x, tomografia (IRM, TC e PET), ultra-som e endoscopias)	100%
Assistência médica domiciliar (requer autorização prévia)	100%

Outros benefícios	Cobertura
Ambulância aérea (requer autorização prévia)	\$25.000
Ambulância terrestre	100%
Cobertura dentária de emergência	100%
Cuidados paliativos/terminais	100%

Observações sobre os benefícios

Tratamentos para todos os pacientes ambulatoriais e diaristas devem ser realizados em hospital da Rede Hospitalar da Bupa Critical.

Detalhes completos sobre os termos e condições estão nas seções Disposições da Apólice, Administração e Excluídos 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.

Os segurados devem notificar a USA Medical Services antes de iniciar qualquer tratamento.

Todos os benefícios estão sujeitos às franquias estipuladas.

Disposições da Apólice

- 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:
 - Os honorários de anestesistas usuais, costumeiros e razoáveis para o procedimento, ou
 - Tarifas especiais estabelecidas para uma área ou país, como determinado pela Seguradora.
- 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:
 - Os honorários usuais, costumeiros e razoáveis para o procedimento, ou
 - Tarifas especiais estabelecidas para uma área ou país, como determinado pela Seguradora.
- A REDE DE PROVEDORES DA BUPA CRITICAL:** A Apólice Bupa Critical oferece cobertura apenas dentro da Rede de Provedores da Bupa Critical, independente de o tratamento ter ocorrido no país de residência do Segurado ou fora deste. Cobertura é oferecida fora da Rede de Provedores da Bupa Critical somente em casos de emergência, que estão cobertas pelas Disposições para Tratamentos Médicos de Emergência.
 - A relação de hospitais e médicos integrantes da Rede de Provedores da Bupa Critical está disponível através da USA Médical Services ou online (www.usamedicalservices.com). Esta relação pode ser alterada a qualquer momento, sem aviso prévio.
 - Para assegurar que o provedor de serviços médicos seja conveniado à Rede de Provedores da Bupa Critical, todos os tratamentos devem ser coordenados pela USA Medical Services.
 - Nos casos em que a Rede de Provedores da Bupa Critical não seja especificada no país de residência do Segurado, nenhuma restrição será feita quanto a quais hospitais possam ser usados no país de residência do Segurado.

4. **TRANSTORNOS CONGÊNITOS OU HEREDITÁRIOS:** Condições que sejam conseqüências de transtornos congênitos ou hereditários somente serão cobertas até dez por cento (10%) das despesas cobertas que aparecem no Quadro de benefícios e estão sujeitas a todas as disposições da Apólice, inclusive a franquia.
5. **FRANQUIA:**
- (a) Uma (1) franquia por Segurado por ano-apólice.
 - (b) Máximo de duas (2) franquias por apólice, por ano-apólice.
 - (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.
6. **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.
7. **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.
8. **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 vinte e cinco mil dólares (\$25.000) 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.

9. **TRATAMENTO MÉDICO DE EMERGÊNCIA:** A Apólice Bupa Critical Care cobre tratamentos de emergência fora da Rede de Provedores Bupa Critical somente quando a vida ou a integridade física do Segurado estiver em perigo e a emergência tenha sido notificada à USA Medical Services, como disposto nesta Apólice. 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.
10. **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.
11. **DURAÇÃO MÁXIMA DE ESTADIA HOSPITALAR:** A duração máxima de estadia hospitalar para qualquer enfermidade ou lesão, ou qualquer outro tratamento relacionado é de duzentos e quarenta (240) dias, durante os trezentos e sessenta e cinco (365) dias seguintes à admissão original.
12. **COBERTURA DO RECÉM-NASCIDO:** Para se beneficiar de cobertura sob esta Apólice, os recém-nascidos devem ser adicionados à mesma. A solicitação de seguro saúde e o prêmio para o recém-nascido devem ser recebidos dentro de trinta e um (31) dias após o parto; caso a solicitação seja recebida após este prazo, ela estará sujeita a subscrição.
13. **SERVIÇOS AMBULATORIOS:** A cobertura somente é provida quando medicamente necessária.
14. **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. Em todos os casos, cópias das prescrições emitidas pelo médico atendente devem acompanhar as solicitações de reembolso.
15. **SEGUNDA OPINIÃO CIRÚRGICA REQUERIDA:** O Segurado deve notificar 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.

SE O SEGURADO DEIXAR DE OBTER UMA SEGUNDA OPINIÃO SOBRE A CIRURGIA COMO REQUERIDO, O SEGURADO SERÁ RESPONSÁVEL POR TRINTA (30%) POR CENTO DE TODAS AS DESPESAS MÉDICAS E HOSPITALARES COBERTAS RELACIONADAS À SOLICITAÇÃO DE REEMBOLSO, ALÉM DA FRANQUIA DO PLANO.

16. **TRATAMENTOS ESPECIAIS:** Próteses, dispositivos ortópticos, 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.
17. **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. Somente transplantes medicamente necessários recebem cobertura, e esta se restringe aos órgãos, células ou tecidos abaixo, ou uma combinação destes, como explicado no Quadro de benefícios:
- Coração
 - Coração/Pulmão
 - Pulmão
 - Pâncreas
 - Pâncreas/Rim
 - Rim
 - Fígado
 - Medula óssea

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 conseqüências 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.

18. CARÊNCIA: Todos os segurados têm direito aos benefícios providos por esta Apólice uma vez que os períodos de carência abaixo tenham caducado. Os períodos de carência começam na data em que a Apólice entra em vigor, ou, para os novos Segurados, no dia em que foram acrescentados à Apólice:

- a) Serão cobertas somente lesões causadas por acidente ocorrido durante os primeiros sessenta (60) dias após a data de validade da Apólice ou do acréscimo de um novo Segurado.
- b) Lesões conhecidas ou diagnosticadas depois dos primeiros sessenta (60) dias de cobertura a partir da data de validade da Apólice ou sessenta (60) dias da data do acréscimo de um novo Segurado serão cobertas a partir da data do diagnóstico.
- c) As doenças cobertas diagnosticadas dentro dos sessenta (60) dias da data de validade da Apólice serão cobertas depois de dois (2) anos.
- d) Transtornos congênitos serão cobertos depois de dois (2) anos da data de validade da Apólice.

Administração

1. 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.

2. **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

3. **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.
4. **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 mudança de residência para os Estados Unidos da América resultará na não renovação da Apólice. A não notificação de mudança de país de residência à Seguradora resultará em cancelamento da Apólice ou alteração na cobertura no próximo aniversário da Apólice, à discrição da Seguradora. O PAÍS DE RESIDÊNCIA DO SEGURADO NÃO PODERÁ SER OS ESTADOS UNIDOS DA AMÉRICA.

5. **APELAÇÃO DE QUEIXAS:** Na eventualidade de qualquer desacordo entre o Segurado e a Seguradora com relação a esta Apólice de Seguro e/ou suas disposições, o Segurado deve solicitar uma revisão da matéria pelo Comitê de Apelações da Bupa Insurance Company, antes de iniciar qualquer arbitragem ou processo legal. Para solicitar a revisão, o Segurado deve enviar um pedido por escrito ao Comitê de Apelações, anexando cópia de toda a informação relevante que deva ser considerada, assim como suas considerações sobre a decisão a ser revisada. Tais apelações deverão ser enviadas à atenção do Coordenador de Apelações da Bupa Insurance Company, c/o USA Medical Services. Quando o Comitê de Apelações receber o pedido de revisão determinará se alguma outra informação e/ou documentação é necessária e tomará as medidas para sua obtenção tempestiva. Em trinta (30) dias, o Comitê de Apelações notificará ao Segurado sua decisão e os fundamentos para esta.

6. **ARBITRAGEM DE QUEIXAS, AÇÕES LEGAIS E DISPENSA DE JÚRI:** Qualquer desacordo que possa persistir depois do término da revisão da matéria, como aqui previsto, deve primeiro ser submetido a uma arbitragem. Nesses casos, o Segurado e a Seguradora apresentarão suas diferenças a três (3) árbitros. Cada parte designará um árbitro e o terceiro será designado por consenso pelos árbitros das partes. Na eventualidade de desacordo entre os árbitros, a decisão vencedora será a da maioria. Tanto o Segurado quanto a Seguradora podem demandar uma arbitragem, notificando a outra parte por escrito e nomeando seu árbitro. A outra parte terá vinte (20) dias, após o recebimento da notificação, para designar seu árbitro. Os dois (2) árbitros nomeados pelas partes terão dez (10) dias para escolher o terceiro árbitro e o local da arbitragem será determinado até dez (10) dias depois da nomeação do terceiro árbitro. Se uma das partes não designar seu árbitro em até vinte (20) dias, a parte reclamante poderá designar o segundo árbitro, sem que a outra parte seja prejudicada por isto. A arbitragem terá lugar no Município de Miami-Dade, Flórida, EUA ou, mediante aprovação da Seguradora, no país de residência do Titular da Apólice. O Segurado e a Seguradora concordam que cada uma das partes será responsável pelo pagamento de suas próprias despesas relativas à arbitragem.

O Segurado confere jurisdição exclusiva para o Município de Miami-Dade, Flórida, para a determinação de qualquer direito sob esta Apólice. A Seguradora e o Segurado coberto por esta Apólice concordam expressamente em recorrer a um juiz para a solução de qualquer ação legal que surja direta ou indiretamente desta Apólice. A Seguradora e o Segurado também concordam que cada parte arque com seus próprios custos e honorários advocatícios, incluindo aqueles incorridos na arbitragem.

7. **MOEDA:** Todos os valores monetários expressos nesta Apólice são em dólares dos Estados Unidos da América.

8. **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.
9. **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.**
10. **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.
11. **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 Bupa Insurance Company funcionará como a Seguradora primária e, assim sendo, retém o direito de reivindicar quaisquer pagamentos de seguradoras locais ou outras.
12. **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.

13. **EXAME FÍSICO:** Durante a pendência de uma solicitação de reembolso, 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.

14. **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.

Se o Segurado residir nos EUA de forma continuada por mais de cento e oitenta (180) dias durante qualquer período de trezentos e sessenta e cinco (365) dias, independente do tipo de visto emitido ao Segurado para tal fim, a cobertura para qualquer condição será limitada à Rede de Provedores da Seguradora até a data da próxima renovação quando, então, a Apólice será automaticamente cancelada.

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.

15. **EMISSÃO DA APÓLICE:** Esta Apólice não pode ser emitida ou entregue nos EUA, exceto como especificamente permitido pelas leis do Estado da Flórida. Esta Apólice será considerada emitida ou entregue quando recebida pelo Titular da Apólice em seu país de residência.

16. **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.

17. **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.
18. **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.
19. **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.
20. **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.
21. **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.

22. **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 solicitação de reembolso sob esta Apólice ou que possam ser responsáveis por indenizar os benefícios relativos a qualquer solicitação de reembolso sob esta Apólice.
23. **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. Quiropraxia, tratamentos homeopáticos, acupuntura ou qualquer tipo de medicina alternativa.
5. Qualquer doença ou lesão não causada por acidente que se tenha manifestado pela primeira vez nos primeiros sessenta (60) dias após a data de validade da Apólice.
6. 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, exceto cirurgia reconstrutiva secundária ao câncer ou queimaduras graves. Isto inclui também quaisquer tratamentos cirúrgicos do nariz ou deformidades do septo nasal que não tenham sido causados por trauma.
7. Quaisquer cobranças relacionadas a condições pré-existentes.
8. Quaisquer tratamentos, serviços ou suprimentos que não sejam científica ou medicamente reconhecidos para o tratamento prescrito, ou cujo use 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.
9. 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.
10. Procedimentos diagnósticos ou tratamento de transtornos psiquiátricos, 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.

11. 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.
12. 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.
13. Quaisquer transtornos ou doenças congênitas ou hereditárias, exceto como definido nas disposições desta Apólice.
14. Quaisquer tratamentos ou serviços dentários não relacionados a acidente coberto ou que ocorra depois dos noventa (90) dias da data do acidente coberto.
15. 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.
16. Síndrome de Imunodeficiência Adquirida-AIDS, doenças relacionadas com a condição de soropositivo ou com a AIDS, inclusive tumores com a presença da AIDS.
17. Internação eletiva por período superior a vinte e três (23) horas antes de uma cirurgia planejada, exceto se autorizada por escrito pela Seguradora.
18. 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.
19. Tratamentos realizados por cônjuge, pais, irmãos ou filhos de qualquer indivíduo Segurado sob esta Apólice.
20. 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.
21. Rim mecânico pessoal ou domiciliar, exceto se autorizado por escrito pela Seguradora.

22. 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.
23. Lesão ou doença causada ou relacionada com radiação ionizada, poluição ou contaminação, radioatividade de material ou detritos nucleares, combustão de combustível ou dispositivos nucleares.
24. Câncer in situ do colo do útero.
25. Câncer da pele com exceção do melanoma.
26. Qualquer procedimento cardiovascular que não requeira cirurgia, exceto angioplastia com balão.
27. Tratamento de lesões resultantes de participação em esportes ou atividades perigosas, com compensação ou como profissional.
28. Honorários e custos relacionados com doenças degenerativas, incluindo entre outras: Doença de Creutzfeldt-Jacob (DCJ), Doença de Huntington (DH), esclerose múltipla (EM), hidrocefalia oculta de pressão normal, Doença de Pick, Doença de Alzheimer, demência senil, Mal de Parkinson.

Definições

Definições Gerais

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 anestesiastas para a administração da anestesia durante o procedimento cirúrgico, pela supervisão de um Enfermeiro Anestesta que administre a anestesia durante o procedimento cirúrgico, ou em serviços medicamente 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 CRITICAL:** 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 Critical 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. 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.
- 16. 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 reside 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.
- 17. 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.).
- 18. 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.
- 19. CENTRO MÉDICO DIAGNÓSTICO:** Instalação médica licenciada para efetuar exames médicos e/ou serviços diagnósticos abrangentes.
- 20. 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.
- 21. COMPANHEIRO(A):** Pessoa do mesmo sexo ou de sexo oposto ao do Titular da Apólice com quem este tenha estabelecido uma União Estável.
- 22. 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.

23. **DOADOR:** Pessoa, viva ou falecida, de quem um ou mais órgãos, células ou tecidos tenham sido removidos com o propósito de transplantá-lo(s) para o corpo de uma outra pessoa (recededor).
24. **DATA DE VENCIMENTO:** Data em que o prêmio deve ser pago.
25. **DATA DE VALIDADE:** A data indicada no Certificado de Cobertura na qual a cobertura especificada na Apólice entra em vigor.
26. **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.
27. **TRATAMENTO DENTÁRIO DE EMERGÊNCIA:** Tratamento necessário para restaurar ou substituir dentes danificados ou perdidos em um acidente coberto.
28. **TRATAMENTO DE EMERGÊNCIA:** Atendimento ou cuidados medicamente necessários devido a uma emergência.
29. **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.
30. **TRANSPORTE POR AMBULÂNCIA TERRESTRE:** Transporte de emergência até um hospital por ambulância terrestre.
31. **ATIVIDADES PERIGOSAS:** Toda atividade que exponha o participante a perigos e riscos imprevisíveis. A relação de atividades perigosas inclui entre outras as aqui citadas: esportes aéreos, rafting ou canoagem em corredeiras com classificação superior a 5,

testes de velocidade, mergulho autônomo (S.C.U.B.A.) a profundidades superiores a 30 metros, pulo de bungee e participação em qualquer esporte radical, participação em esportes como profissional ou por compensação.

32. **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 utilizado 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.
33. **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.
34. **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.
35. **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).
36. **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.
37. **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.
38. **LESÃO:** Dano infringido ao corpo por uma causa externa.

39. **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.
40. **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.
41. **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:
- (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.).
42. **RECÉM-NASCIDO:** Uma criança durante os seus primeiros trinta e um (31) dias de vida.
43. **ENFERMEIRO(A):** Indivíduo legalmente licenciado para prestar serviços de enfermagem no país onde o tratamento seja prestado.
44. **SERVIÇOS AMBULATORIOS:** 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.
45. **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".
46. **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.

47. **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.
48. **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.
49. **MEDICAMENTOS POR PRESCRIÇÃO MÉDICA:** Medicamentos cuja venda e uso, por lei, exigem e são restritos à prescrição médica.
50. **RECEBEDOR:** Indivíduo que recebeu ou está no processo de receber transplante de células, tecido ou órgão.
51. **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.
52. **DATA DE RENOVAÇÃO:** O primeiro dia do próximo ano-apólice. A data de renovação será sempre a data de aniversário da Apólice.
53. **SEGUNDA OPINIÃO CIRÚRGICA:** A opinião de um médico diferente do médico atendente atual.
54. **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 a USA Medical Services e pode ser alterada a qualquer momento, sem notificação prévia.
55. **TRATAMENTO:** Atendimento médico ou cirúrgico de um paciente.

56. **HONORÁRIOS E CUSTOS USUAIS, COSTUMEIROS E RAZOÁVEIS:** Os honorários e custos usuais, costumeiros e razoáveis para serviços médicos prestados em uma região geográfica, independente de o pagamento ser direto ou através de reembolso.

Definições de diagnósticos médicos

1. **CÂNCER:** Doença manifestada pela presença de tumores malignos caracterizados pelo crescimento e proliferação de células malignas capazes de transferência celular e de invadir outros órgãos que não sejam diretamente relacionados. A habilidade de metástase é uma característica de todos os tumores malignos.
2. **CIRURGIA CARDIOVASCULAR:** Cirurgia em duas ou mais artérias coronárias com o objetivo de corrigir o estreitamento ou obstrução por meio de revascularização realizada após sintomas de angina ou infarto do miocárdio.
3. **ACIDENTE CEREBROVASCULAR:** Distúrbio que consiste de suspensão abrupta e violenta das funções cerebrais devido a isquemia ou hemorragia.
4. **QUIMIOTERAPIA:** O uso de agentes químicos prescritos por um médico para tratamento e controle do câncer.
5. **INFARTO DO MIOCÁRDIO:** Doença que consiste na morte de parte do músculo cardíaco em consequência de fluxo sanguíneo deficiente para a região. O diagnóstico deve ser apoiado por novas e significativas alterações no eletrocardiograma (EKG) e um aumento nos níveis de enzimas cardíacas.
6. **DOENÇAS NEUROLÓGICAS:** Doenças durante as quais o Sistema Nervoso Central e/ou o Sistema Nervoso Periférico são afetados por um processo patológico com origem e localização dentro da estrutura do Sistema Nervoso Central e/ou Sistema Nervoso Periférico. Para efeito deste seguro, não serão consideradas doenças neurológicas quaisquer doenças ou transtornos que afetem o Sistema Nervoso Central ou o Sistema Nervoso Periférico de forma secundária ou que tenham sido causados por condições ou fatores não relacionados ao sistema nervoso em si.
7. **NEUROCIRURGIA:** Qualquer procedimento cirúrgico no Sistema Nervoso Central ou Periférico que inclua o cérebro, a medula espinhal, nervos periféricos e vasos sanguíneos do cérebro ou da medula espinhal.
8. **RADIOTERAPIA:** Tratamento de doença por meio de radiação com o objetivo de estagnar a proliferação de células malignas.

9. **INSUFICIÊNCIA RENAL:** Estágio terminal de uma doença renal crônica que representa a perda total e irreversível da função renal. Como resultado, será necessário a realização de diálise ou transplante renal.
10. **TRAUMA GRAVE (POLITRAUMATISMO):** É o trauma severo de diversos órgãos e tecidos do corpo humano em consequência de força física externa resultando na incapacidade temporária ou morte do paciente.
11. **QUEIMADURA GRAVE:** Lesão de tecidos causada por agentes físicos ou químicos. Esta Apólice considera somente queimaduras classificadas de terceiro grau como "queimaduras severas".
12. **SEPTICEMIA (TRANSTORNO INFECCIOSO SEVERO):** Um transtorno causado pela proliferação de bactérias e presença de toxinas no sangue que se manifesta com pelo menos quatro das seguintes condições: cultura de sangue positiva, temperatura retal acima de 38,5° C (101,3° F), anemia, leucocitose (>12.000) ou leucopenia (<4.000), trombocitopenia (<140.000), distúrbios de coagulação e acidose metabólica. A condição deve ser de tal gravidade que requeira atendimento especial em Unidade de Tratamento Intensivo ou Semi-Intensiva (Step Down Unit).
13. **ANGIOPLASTIA PERCUTÂNEA TRANSLUMINAR:** Dilatação dos vasos sanguíneos pela inserção de um cateter através da pele até a região do estreitamento, onde um balão será inflado para achatá-las contra a parede da artéria.
14. **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.

SUPLEMENTO

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

Os segurados devem notificar 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 tranqüila 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 contam 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 requerer 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



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



7001 Southwest 97th Avenue

Miami, Florida 33173

Telefone: +1 (305) 398-7400

Fax: +1 (305) 275-8484

www.bupalatinamerica.com

bupa@bupalatinamerica.com