



“ Nos sentimos mejor sabiendo que siempre recibiremos el mejor cuidado médico dondequiera que viajemos ”



Bupa Advantage Care
Guía para Asegurados

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.

Contenido

Bienvenido a Bupa	1
USA Medical Services	1
Administre su póliza <i>online</i>	2
Opciones	2
Para contactarnos	3
Sus beneficios	4
Suplemento	
¿Cómo funciona el proceso de reclamos de USA Medical Services?	33
La notificación: El primer paso en el proceso de reclamo	34
Cómo presentar un reclamo después de su tratamiento o servicio	36

Bienvenido a Bupa

Gracias por elegir Bupa Advantage Care, ofrecido por Bupa, una de las aseguradoras de salud más grandes y de mayor experiencia en el mundo.

Esta Guía para Asegurados contiene las provisiones y beneficios de su Póliza Bupa Advantage Care, así como otra información importante sobre cómo contactarnos y qué debe hacer si necesita usar su cobertura.

Por favor revise su Certificado de Cobertura, el cual muestra el deducible que ha elegido, y cualquier exclusión y/o enmienda a su cobertura.

Si tiene alguna pregunta sobre su plan, puede comunicarse con la Línea de Ayuda al Cliente de Bupa. Puede encontrar nuestra información de contacto en la sección "Para contactarnos" de esta Guía para Asegurados.

USA Medical Services:

Su línea directa a la experiencia médica

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

USA Medical Services desea que usted y su familia tengan la tranquilidad que se merecen. En caso de una crisis médica, ya sea que necesite programar una cita médica, el ingreso a un hospital, o una ambulancia aérea, nuestros profesionales médicos están a su alcance con sólo una llamada las 24 horas del día, los 365 días del año. Nuestro personal médico mantendrá una comunicación constante con usted y su familia, recomendando el hospital y/o especialista adecuado durante cualquier crisis médica.

Cuando ocurre lo peor, USA Medical Services está a su alcance con sólo una llamada

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

Cuando cada segundo de su vida cuenta...cuenta con USA Medical Services.

Administre su póliza *online*

Como cliente de Bupa, usted tiene acceso a una variedad de servicios *online*. Visite www.bupalatinamerica.com, donde encontrará:

- Una útil guía de salud con consejos generales sobre enfermedades relacionadas con el estilo de vida, ejercicio, segundas opiniones, y consultoría sobre tratamientos
- Sugerencias sobre cómo presentar un reclamo
- Noticias sobre Bupa
- Información sobre nuestra gama de productos
- Cotizador gratis de primas

Suscríbase como cliente *online* - es gratis y muy fácil

Nuestro servicio al cliente *online* ha sido diseñado para usted que desea evitar los retrasos del correo, las cartas extraviadas, y el archivo de documentos de seguro. Haga clic sobre "Inscríbese", siga la guía, y obtenga:

- Un resumen completo de su póliza
- Copia de su solicitud de seguro de salud
- El estatus del reembolso de sus reclamos más recientes
- Información sobre los pagos de su prima *online* y copia de su recibo
- Acceso para cambiar su información demográfica

Opciones

Elección de deducible

Le ofrecemos una variedad de opciones de deducible anual para ayudarle a reducir el precio que paga por su cobertura; mientras más alto sea el deducible, tanto menor será la prima. Usted puede elegir entre los siguientes deducibles:

	Plan					
Deducible	1	2	3	4	5	6
Dentro del país de residencia	0	1,000	2,000	5,000	10,000	20,000
Fuera del país de residencia	1,000	2,000	3,000	5,000	10,000	20,000

Solamente aplica un deducible por persona, por año póliza. Sin embargo, para ayudarle a reducir los gastos de cobertura de su familia, aplicamos un máximo de dos deducibles fuera del país de residencia por año póliza.

Para más detalle, por favor referirse a la Tabla de beneficios y las Provisiones de la Póliza.

Elección de cobertura

Para cubrir sus necesidades específicas según la región donde vive y su preferencia de precios, le ofrecemos la opción de elegir cobertura Mundial o Solamente en Latinoamérica (incluyendo el Caribe). Sin embargo, la cobertura Solamente en Latinoamérica no incluye cobertura en México, los Estados Unidos de América, o cualquier país fuera de la región de Latinoamérica.

Para contactarnos

Línea de Ayuda al Cliente de Bupa

- Desde las 9:00 A.M. hasta las 5:00 P.M. (EST)
- Nuestro personal de servicio al cliente le ayudará con:
 - Cualquier duda relacionada con su membresía
 - Preguntas sobre su cobertura
 - Cambios a su cobertura
 - Actualización de sus datos personales

Tel: +1 (305) 398-7400

Fax: +1 (305) 275-8484

Correo electrónico: bupa@bupalatinamerica.com

Página web: www.bupalatinamerica.com

En caso de una emergencia médica fuera de las horas habituales de trabajo, por favor comuníquese con el personal de USA Medical Services a:

Tel: +1 (305) 275-1500

Fax: +1 (305) 275-8555

Correo electrónico: usamed@usamedicalservices.com

Dirección postal:

Bupa

7001 SW 97th Avenue

Miami, Florida 33173

USA

Sus beneficios (a partir del 1° de enero de 2010)

Acuerdo	5
Requisito de notificar a la Aseguradora	6
Tabla de beneficios	7
Provisiones de la Póliza	9
Administración	16
Exclusiones y Limitaciones	22
Definiciones	26

Acuerdo

Bupa Insurance Company (de ahora en adelante denominada la "Aseguradora") se compromete a pagar a usted (de ahora en adelante denominado el "Asegurado Principal") los beneficios estipulados en esta póliza. Todos los beneficios están sujetos a los términos y condiciones de esta póliza.

Derecho de diez (10) días para examinar la póliza: Esta póliza puede ser devuelta dentro de los diez (10) días siguientes a su recibo para el reembolso de todas las primas pagadas. La póliza puede ser devuelta a la Aseguradora o al Agente del Asegurado Principal. De ser devuelta, la póliza será considerada nula como si nunca hubiese sido emitida.

Aviso importante sobre la solicitud: Esta póliza es emitida en base a la solicitud de seguro de salud y al pago de la prima. Si alguna información en la solicitud está incorrecta o incompleta, o si se ha omitido alguna información, la póliza puede ser rescindida o cancelada, o la cobertura podrá ser modificada a la sola discreción de la Aseguradora.

Elegibilidad: Esta póliza sólo puede ser emitida a residentes de Latinoamérica y el Caribe con una edad mínima de dieciocho (18) años (excepto para los dependientes elegibles) hasta un máximo de setenta y cuatro (74) años de edad. No hay edad máxima de renovación para Asegurados ya cubiertos bajo esta Póliza. Esta Póliza no puede ser emitida a personas residentes en los Estados Unidos de América.

Los dependientes elegibles incluyen al cónyuge, concubina o compañero(a) doméstico(a) del Asegurado Principal, hijos naturales, hijos adoptados legalmente, hijastros, o menores de edad para los cuales el Asegurado Principal ha sido designado como tutor legal por una corte de jurisdicción competente, quienes hayan sido identificados en la solicitud de seguro de salud, y para quienes se proporciona cobertura bajo la póliza.

La cobertura está disponible para los hijos dependientes del Asegurado Principal hasta los diecinueve (19) años, si son solteros, o hasta los veinticuatro (24) años, si son solteros y estudiantes a tiempo completo (con un mínimo de doce (12) créditos por semestre) en un colegio o universidad acreditado en el momento que la póliza es emitida o renovada. La cobertura para dichos dependientes continúa hasta la siguiente fecha de aniversario de la póliza, después de cumplir los diecinueve (19) años de edad, si son solteros, o hasta los veinticuatro (24) años de edad, si son solteros y estudiantes a tiempo completo.

Si un(a) hijo(a) dependiente contrae matrimonio, deja de ser un estudiante de tiempo completo después de cumplir los diecinueve (19) años de edad, o se muda a otro país de residencia, o si el(la) cónyuge dependiente deja de estar casado(a) con el Asegurado Principal por razón de divorcio o anulación, la cobertura para dicho dependiente terminará en la fecha del siguiente aniversario de la Póliza.

Los dependientes que estuvieron cubiertos bajo una póliza anterior con la Aseguradora y que son elegibles para cobertura bajo su propia póliza, serán aprobados sin necesidad de una evaluación de riesgo para una póliza con un deducible igual o mayor, bajo las mismas condiciones y restricciones existentes en la póliza anterior. La Solicitud de Seguro de Salud del antiguo dependiente debe ser recibida antes de terminar el período de gracia de la póliza bajo la cual tuvo cobertura como dependiente.



David Maltby
Presidente

Requisito de notificar a la Aseguradora

El Asegurado debe notificar a USA Medical Services, la Administradora de Reclamos de Bupa, por lo menos setenta y dos (72) horas antes de recibir cualquier cuidado médico. El tratamiento de emergencia debe ser notificado dentro de las setenta y dos (72) horas siguientes del inicio de dicho tratamiento.

Si el Asegurado no se comunica con USA Medical Services como se establece en este documento, él/ella será responsable por el treinta por ciento (30%) de todos los gastos cubiertos de médicos y hospital relacionados con el reclamo, además del deducible de su plan.

Usted puede comunicarse con USA Medical Services las 24 horas del día, los 365 días del año:

En los EE.UU.:	+1 (305) 275-1500
Sin cobro desde los EE.UU.:	+1 (800) 726-1203
Fax:	+1 (305) 275-8555
Correo electrónico:	usamed@usamedicalservices.com
Fuera de los EE.UU.:	EL NÚMERO DE TELÉFONO SE ENCUENTRA EN SU TARJETA DE IDENTIDAD, O EN WWW.USAMEDICALSERVICES.COM

Tabla de beneficios

La cobertura máxima para todos los gastos médicos y hospitalarios cubiertos durante la vigencia de la póliza está sujeta a los términos y condiciones de esta póliza. A menos que se indique lo contrario, todos los beneficios son por Asegurado, por año póliza.

La póliza Bupa Advantage Care proporciona cobertura únicamente dentro de la Red de Proveedores Bupa Advantage. Ningún beneficio es pagadero por servicios prestados fuera de la Red de Proveedores Bupa Advantage, excepto en los casos como se especifica bajo la Provisión Tratamiento Médico de Emergencia.

Cobertura máxima por Asegurado, por año póliza	\$2.5 millones
--	----------------

Beneficios por hospitalización	Cobertura
Habitación y alimentación (privada/semi-privada)	100%
Unidad de cuidados intensivos	100%
Honorarios de cirujano y anestesista	100%
Servicios de diagnóstico (patología, radiografía, resonancia magnética, tomografía computarizada, tomografía por emisión de positrones (PET scan) ultrasonido, endoscopia)	100%
Medicamentos por receta durante la hospitalización	100%
Tratamiento del cáncer (quimioterapia/radioterapia)	100%
Prótesis e implantes durante cirugía	100%
Cama para acompañante de menor de edad hospitalizado	\$300 por día

Beneficios por tratamiento ambulatorio	Cobertura
Visitas a médicos y especialistas	100%
Medicamentos por receta (después de una hospitalización o cirugía ambulatoria)	100% (por un máximo de 6 meses; después, \$2,000 por año)
Tratamiento del cáncer (quimioterapia/radioterapia)	100%

Fisioterapia/rehabilitación (debe ser pre-aprobada)	100%
Servicios de diagnóstico (patología, radiografía, resonancia magnética, tomografía computarizada, tomografía por emisión de positrones (PET scan) ultrasonido, endoscopia)	100%
Diálisis	100%
Atención médica en el hogar (debe ser pre-aprobada)	100%

Otros beneficios	Cobertura
Ambulancia aérea (debe ser pre-aprobada)	\$100,000
Ambulancia terrestre	100%
Maternidad (incluye parto normal, complicaciones del parto, parto por cesárea, y todo tratamiento pre- y post-natal) <ul style="list-style-type: none"> • Período de espera de 10 meses • No aplica deducible • Sólo Planes 1, 2 y 3 	\$4,500 (por embarazo)
Condiciones congénitas y hereditarias diagnosticadas antes de los 18 años de edad	\$300,000 (de por vida)
Condiciones congénitas y hereditarias diagnosticadas a los 18 años de edad o después	100%
Procedimientos de trasplante (de por vida)	\$300,000 (por diagnóstico)
Cobertura provisional del recién nacido	\$30,000 (por un máximo de 90 días después del parto)
Cobertura dental de emergencia	100%
Repatriación de restos mortales	100%
Residencia y cuidados paliativos	100%
Reconocimiento médico general (todo incluido) <ul style="list-style-type: none"> • No aplica deducible 	\$150

Notas sobre los beneficios

Toda hospitalización y tratamiento que se lleve a cabo en un hospital debe realizarse en un hospital de la Red de Proveedores Bupa Advantage.

Los detalles completos de los términos y condiciones de la póliza se encuentran en las secciones de Provisiones de la Póliza, Administración, y Exclusiones y Limitaciones de esta Guía para el Asegurado. La Tabla de beneficios es solamente un resumen de la cobertura.

Todos los costos están sujetos a las tarifas usuales, acostumbradas y razonables para el procedimiento y área geográfica.

Los Asegurados deben notificar a USA Medical Services antes de comenzar cualquier tratamiento.

Todos los beneficios están sujetos a cualquier deducible aplicable, a menos que se indique lo contrario.

Provisiones de la Póliza

- 1. HONORARIOS DEL ANESTESISTA:** La cobertura de los honorarios del anestésista debe ser aprobada con anticipación por USA Medical Services, y está limitada al menor de:
 - (a) Los honorarios usuales, acostumbrados y razonables para servicios de anestésista; o
 - (b) Tarifas especiales establecidas por la Aseguradora para un área o país determinado.
- 2. HONORARIOS DEL MÉDICO/CIRUJANO ASISTENTE:** Los honorarios del médico/cirujano asistente están cubiertos solamente cuando el médico/cirujano asistente es médicamente necesario para determinada operación, y cuando USA Medical Services los ha aprobado con anticipación. Los honorarios del médico/cirujano asistente están limitados al menor de:
 - (a) Los honorarios usuales, acostumbrados y razonables para el procedimiento; o
 - (b) Tarifas especiales establecidas por la Aseguradora para un área o país determinado.
- 3. RED DE PROVEEDORES BUPA ADVANTAGE:** La póliza Bupa Advantage Care ofrece cobertura solamente dentro de la Red de Proveedores Bupa Advantage, independientemente de si el tratamiento se lleva a cabo dentro o fuera del país de residencia del Asegurado. No se proporciona cobertura fuera de la Red de Proveedores Bupa Advantage, excepto para emergencias, las cuales están cubiertas bajo la Provisión Tratamiento Médico de Emergencia.
 - (a) La lista de hospitales y médicos en la Red de Proveedores Bupa Advantage está disponible a través de USA Medical Services o en www.usamedicalservices.com, y puede cambiar en cualquier momento sin previo aviso.

- (b) Para asegurar que el proveedor de servicios médicos forme parte de la Red de Proveedores Bupa Advantage, todo tratamiento deberá ser coordinado por USA Medical Services.
 - (c) En los casos en los que la Red de Proveedores Bupa Advantage no esté especificada en el país de residencia del Asegurado, no existe restricción sobre los hospitales que el Asegurado puede utilizar en su país de residencia.
4. **ACOMPAÑANTE DE UN MENOR DE EDAD HOSPITALIZADO:** Los cargos incluidos en la factura del hospital por concepto de cama para acompañante de un niño hospitalizado menor de 18 años se pagarán hasta un máximo de trescientos dólares (\$300) por día.
5. **CONDICIONES CONGÉNITAS Y HEREDITARIAS:** La cobertura para condiciones congénitas y hereditarias bajo esta póliza es como sigue:
- (a) El beneficio máximo para cobertura de condiciones que se manifiesten **antes de que el Asegurado cumpla los dieciocho (18) años de edad** es de trescientos mil dólares (\$300,000) por Asegurado, de por vida, incluyendo cualquier otro beneficio ya pagado bajo alguna otra póliza o anexo adicional de Bupa, después de satisfacer el deducible correspondiente.
 - (b) La cobertura para condiciones que se manifiesten **en el Asegurado a los dieciocho (18) años de edad o después**, será igual al límite máximo de esta póliza después de satisfacer el deducible correspondiente.
6. **DEDUCIBLE:**
- (a) Un (1) deducible por Asegurado, por año póliza, hasta el máximo del deducible fuera del país de residencia.
 - (b) Un máximo de dos (2) deducibles por póliza, por año póliza, hasta satisfacer un máximo de dos (2) deducibles fuera del país de residencia. Si el deducible dentro del país de residencia ya ha sido satisfecho, y posteriormente se reciben servicios médicos fuera del país de residencia, la diferencia entre el deducible dentro del país de residencia y el deducible fuera del país de residencia será responsabilidad del Asegurado.
 - (c) Los gastos elegibles incurridos por el Asegurado durante los últimos tres (3) meses del año póliza que sean utilizados para satisfacer el deducible correspondiente para ese año, serán aplicados al deducible del Asegurado para el siguiente año póliza.
 - (d) En caso de un accidente serio, no se aplicará ningún deducible durante el período de la primera hospitalización.
7. **DIAGNÓSTICO:** Para que una condición sea considerada como una enfermedad o desorden cubierto bajo esta póliza, se requieren copias de los resultados de laboratorio, radiografías, o cualquier otro reporte o resultado de exámenes clínicos en los que el médico se ha basado para hacer un diagnóstico positivo.

8. **TRATAMIENTO DENTAL DE EMERGENCIA:** Solamente tendrá cobertura bajo esta póliza el tratamiento dental de emergencia que resulte de un accidente cubierto y se lleve a cabo dentro de los noventa (90) días siguientes a dicho accidente.
9. **EVACUACIÓN DE EMERGENCIA:** El transporte de emergencia (por ambulancia terrestre o aérea) solamente será cubierto si está relacionado a una condición cubierta para la cual no puede proporcionarse tratamiento localmente, y el transporte por cualquier otro medio podría resultar en la pérdida de la vida o de la integridad física. El transporte de emergencia hacia la instalación médica más cercana deberá ser realizado por una compañía de transporte certificada y autorizada. El vehículo o aeronave utilizado deberá contar con personal con entrenamiento médico y estar equipado para atender emergencias médicas.
- Transporte por ambulancia aérea:
- (a) Todo transporte por ambulancia aérea debe ser aprobado con anticipación y coordinado por USA Medical Services.
 - (b) La cantidad máxima pagadera por este beneficio es de cien mil dólares (\$100,000) por Asegurado, por año póliza.
 - (c) El Asegurado se compromete a mantener a la Aseguradora, a USA Medical Services, y a cualquier otra compañía afiliada con la Aseguradora o con USA Medical Services por medio de formas similares de propiedad o administración, libres de responsabilidad por cualquier negligencia que resulte de tales servicios, negligencia que resulte por demoras o restricciones en los vuelos causadas por el piloto o por problemas mecánicos, restricciones gubernamentales, o debido a condiciones operacionales.
10. **TRATAMIENTO MÉDICO DE EMERGENCIA:** La póliza Bupa Advantage Care solamente cubre el tratamiento médico de emergencia fuera de la Red de Proveedores Bupa Advantage cuando la vida o integridad física del Asegurado se encuentra en peligro inminente, y la emergencia ha sido notificada a USA Medical Services, tal como se indica en esta póliza. Todos los gastos médicos de un proveedor fuera de la red relacionados con un tratamiento médico de emergencia serán cubiertos y pagados como si el Asegurado hubiese sido tratado en un hospital dentro de la red.
11. **COBERTURA EXTENDIDA PARA DEPENDIENTES ELEGIBLES DEBIDO A LA MUERTE DEL ASEGURADO PRINCIPAL:** En caso de que fallezca el Asegurado Principal, la Aseguradora proporcionará cobertura continua a los dependientes sobrevivientes bajo esta póliza durante dos (2) años sin costo alguno, si la causa de la muerte del Asegurado Principal se debe a una condición cubierta bajo esta póliza. Este beneficio aplica solamente a los dependientes cubiertos bajo la póliza existente, y terminará automáticamente para el cónyuge, concubina o compañero(a) doméstico(a) sobreviviente si contrae matrimonio, o para los dependientes sobrevivientes que no sean elegibles bajo esta póliza y/o para los cuales se haya emitido su propia póliza

por separado. **Esta cobertura extendida no aplica para ningún anexo de cobertura opcional.**

- 12. ATENCIÓN MÉDICA EN EL HOGAR Y SERVICIOS DE REHABILITACIÓN:** Se cubrirá un período inicial de hasta treinta (30) días siempre y cuando sea aprobado con anticipación por USA Medical Services. Cualquier extensión en incrementos de hasta treinta (30) días también deberá ser aprobada con anticipación, o el reclamo será denegado. Para obtener cada aprobación es necesario presentar evidencia actualizada de la necesidad médica y el plan de tratamiento.
- 13. CUIDADO DE LA MATERNIDAD: (Excepto para Advantage Planes 4, 5, y 6):**
- (a) El beneficio máximo es de cuatro mil quinientos dólares (\$4,500) por cada embarazo, sin deducible, para la respectiva madre asegurada.
 - (b) Los tratamientos pre- y post-natal, parto normal, parto por cesárea, y cuidado del recién nacido saludable están incluidos dentro del beneficio máximo por embarazo estipulado en esta póliza.
 - (c) Este beneficio aplica para embarazos cubiertos. Los embarazos cubiertos son aquéllos para los que la fecha de parto es por lo menos diez (10) meses después de la fecha efectiva de cobertura para el(la) padre(madre) asegurado(a). El padre asegurado no puede ser un hijo dependiente masculino.
 - (d) No hay cobertura de maternidad bajo esta póliza para hijos dependientes de dieciocho (18) años de edad o más. Para tener cobertura bajo esta provisión, los hijos dependientes de dieciocho (18) años o más deberán solicitar cobertura y ser aprobados bajo su propia póliza por separado.
 - (e) El período de espera de diez (10) meses para la cobertura de la maternidad aplica en toda ocasión, aún cuando el período de espera de sesenta (60) días para esta póliza haya sido exonerado.

Se ofrece la opción de un anexo de cobertura adicional para complicaciones del recién nacido y la maternidad; sin embargo, este anexo no está disponible para hijos varones dependientes.

14. COBERTURA DEL RECIÉN NACIDO:

- (a) **Si nace de un embarazo cubierto:**
 - i. **Cobertura provisional:** El recién nacido tendrá cobertura automática por cualquier lesión o enfermedad durante los primeros noventa (90) días de vida después del parto, hasta un máximo de treinta mil dólares (\$30,000) sin deducible. **El cuidado para recién nacido saludable** solamente está cubierto como se describe en la Provisión "Cuidado de la Maternidad" de esta póliza.
 - ii. **Cobertura permanente:** Para que un hijo nacido de un embarazo cubierto goce de cobertura permanente bajo esta póliza, deberá presentarse dentro

de los noventa (90) días después del parto una notificación de nacimiento que contenga el nombre completo del recién nacido, su sexo, y la fecha de nacimiento. La cobertura con el deducible correspondiente será entonces efectiva a partir de la fecha de nacimiento hasta el límite máximo de la póliza.

El pago de la prima por la adición del recién nacido deberá efectuarse al momento de la notificación del nacimiento. Si la notificación no es recibida durante los noventa (90) días después del parto, se requerirá una solicitud de seguro de salud para incluir al recién nacido, la cual estará sujeta a evaluación de riesgo.

La cobertura del recién nacido por complicaciones del nacimiento está limitada al beneficio máximo descrito en la Provisión número 14(a).

- (b) **Si nace de un embarazo NO cubierto**, no gozará de la cobertura provisional. Para agregar al recién nacido a la póliza, deberá presentarse una solicitud de seguro de salud, la cual estará sujeta a evaluación de riesgo por parte de la Aseguradora, y pagarse la prima correspondiente.

15. DEFORMIDAD DE LA NARIZ Y DEL TABIQUE NASAL: Cuando la deformidad de la nariz o del tabique nasal ha sido causada por trauma en un accidente cubierto, el tratamiento quirúrgico estará cubierto solamente si es aprobado con anticipación por USA Medical Services. La evidencia del trauma en forma de fractura deberá ser confirmada por medios radiográficos (radiografía, tomografía computarizada, etc.).

16. SERVICIOS AMBULATORIOS: Solamente se proporciona cobertura cuando el servicio es médicamente necesario.

17. CONDICIONES PREEXISTENTES: Las condiciones preexistentes se clasifican en dos (2) categorías:

- (a) **Las que son declaradas al momento de llenar la solicitud de seguro de salud:**
 - i. Estarán cubiertas después de un período de espera de sesenta (60) días cuando el Asegurado haya estado libre de síntomas, signos, o tratamiento durante un período de cinco (5) años antes de la fecha efectiva de la póliza, a menos que estén excluidas específicamente en una enmienda a la póliza.
 - ii. Estarán cubiertas después de dos (2) años de la fecha efectiva de la póliza, cuando el Asegurado presente síntomas, signos, o tratamiento en cualquier momento durante el período de cinco (5) años antes de la fecha efectiva de la póliza, a menos que estén excluidas específicamente en una enmienda a la póliza.

(b) **Las que no son declaradas al momento de llenar la solicitud de seguro de salud:** Estas condiciones preexistentes **NUNCA** estarán cubiertas durante el tiempo en que la póliza se encuentre en vigor. Además, la Aseguradora se reserva el derecho de rescindir, cancelar o modificar la póliza en base a la omisión de dicha información por parte del Asegurado.

- 18. MEDICAMENTOS POR RECETA:** Los medicamentos por receta solamente están cubiertos si fueron recetados por primera vez durante una hospitalización o después de una cirugía ambulatoria, y por un período máximo de seis (6) meses continuos. Después de los seis (6) meses, el beneficio máximo para cobertura de medicamentos por receta es de dos mil dólares (\$2,000) por Asegurado, por año póliza. En todos los casos, deberá incluirse con el reclamo una copia de la receta del médico que atiende al Asegurado.
- 19. REPATRIACIÓN DE RESTOS MORTALES:** En caso de que el Asegurado fallezca fuera de su país de residencia, la Aseguradora cubrirá los gastos de repatriación de los restos mortales al país de residencia del fallecido, siempre y cuando la muerte sea resultado de una condición cubierta bajo los términos de esta póliza. La cobertura está limitada solamente a aquellos servicios y suministros necesarios para preparar y transportar el cuerpo al país de residencia del Asegurado. Los trámites deben ser coordinados conjuntamente con USA Medical Services.
- 20. SEGUNDA OPINIÓN QUIRÚRGICA REQUERIDA:** Si un cirujano ha recomendado que el Asegurado sea sometido a un procedimiento quirúrgico que no sea de emergencia, el Asegurado debe notificar a USA Medical Services por lo menos setenta y dos (72) horas antes del procedimiento programado. Si la Aseguradora o USA Medical Services consideran que es necesaria una segunda opinión quirúrgica, ésta debe ser realizada por un médico seleccionado y convenido por USA Medical Services. Solamente estarán cubiertas las segundas opiniones quirúrgicas requeridas y coordinadas por USA Medical Services. En caso de que la segunda opinión quirúrgica contradiga o no confirme la necesidad de cirugía, la Aseguradora también cubrirá el costo de una tercera opinión quirúrgica de un médico seleccionado entre el Asegurado y USA Medical Services. Si la segunda o tercera opinión quirúrgica confirman la necesidad de cirugía, los beneficios por dicha cirugía serán pagados de acuerdo a lo establecido en esta póliza.

SI EL ASEGURADO NO OBTIENE UNA SEGUNDA OPINIÓN QUIRÚRGICA REQUERIDA, ÉL/ELLA SERÁ RESPONSABLE POR EL TREINTA POR CIENTO (30%) DE TODOS LOS GASTOS CUBIERTOS DE MÉDICOS Y HOSPITALES RELACIONADOS CON EL RECLAMO, ADEMÁS DEL DEDUCIBLE.

- 21. RECONOCIMIENTO MÉDICO GENERAL DE RUTINA:** Cada Asegurado tiene derecho a un reconocimiento médico general por año póliza. El beneficio máximo por Asegurado,

por año póliza es de ciento cincuenta dólares (\$150), sin deducible. El reconocimiento médico general de rutina podrá incluir estudios de diagnóstico y vacunas.

- 22. TRATAMIENTOS ESPECIALES:** Están cubiertos las prótesis, los dispositivos ortóticos, el equipo médico durable, implantes, la radioterapia, la quimioterapia, y los medicamentos altamente especializados, siempre y cuando sean aprobados y coordinados con anticipación por USA Medical Services. El tratamiento especial será pagado por la Aseguradora o reembolsado según el costo que la Aseguradora hubiese incurrido si el tratamiento hubiera sido realizado por uno de sus proveedores.
- 23. PROCEDIMIENTOS DE TRASPLANTE:** La cobertura para el trasplante de órganos, células y tejido humano se ofrece únicamente dentro de la Red de Proveedores para Procedimiento de Trasplante de la Aseguradora. No se proporcionará cobertura fuera de la Red de Proveedores para Procedimiento de Trasplante de la Aseguradora. La cantidad máxima pagadera por este beneficio es de trescientos mil dólares (\$300,000) por Asegurado, por diagnóstico, de por vida, después de satisfacer el deducible. Este beneficio de cobertura para procedimientos de trasplante comienza en el momento en que la necesidad de trasplante ha sido determinada por el médico, ha sido certificada por una segunda opinión médica o quirúrgica, y ha sido aprobada por USA Medical Services, y está sujeto a todos los términos, provisiones y exclusiones de la póliza. Este beneficio incluye:
- (a) Cuidado antes del trasplante, el cual incluye todos los servicios directamente relacionados con la evaluación de la necesidad del trasplante, evaluación del Asegurado para el procedimiento de trasplante, y preparación y estabilización del Asegurado para el procedimiento de trasplante.
 - (b) Reconocimiento médico pre-quirúrgico, incluyendo exámenes de laboratorio, radiografías, tomografías computarizadas, imágenes de resonancia magnética, ultrasonidos, biopsias, medicamentos y suministros.
 - (c) Los costos de la obtención, transporte y extracción de órganos, células o tejido, incluyendo el almacenamiento de médula ósea, células madre, o sangre del cordón umbilical están cubiertos hasta un máximo de veinticinco mil dólares (\$25,000) por diagnóstico, el cual está incluido como parte del beneficio máximo para el trasplante.
 - (d) El cuidado post-operatorio, incluyendo pero no limitado a cualquier tratamiento de seguimiento médicamente necesario después del trasplante, y cualquier complicación que resulte después del procedimiento de trasplante, ya sea consecuencia directa o indirecta del mismo.
 - (e) Cualquier medicamento o medida terapéutica utilizada para asegurar la viabilidad y permanencia del órgano, célula o tejido humano trasplantado.
 - (f) Cualquier cuidado médico en el hogar, cuidados de enfermería (por ejemplo, cuidado de la herida, infusiones, evaluaciones, etc.), transporte de emergencia, atención médica, visitas médicas, transfusiones, suministros, o medicamentos relacionados con el trasplante.

Se ofrece la opción de un anexo de cobertura adicional para trasplantes.

24. **PERÍODO DE ESPERA:** Esta póliza contempla un período de espera de sesenta (60) días, durante el cual solamente estarán cubiertas las enfermedades y lesiones causadas por un accidente que ocurra dentro de este período, o aquellas enfermedades de origen infeccioso que se manifiesten por primera vez durante este período.
25. **EXONERACIÓN DEL PERÍODO DE ESPERA:** La Aseguradora exonerará el período de espera solamente si:
 - (a) El Asegurado tuvo cobertura continua bajo un seguro de gastos médicos de otra compañía durante por lo menos un (1) año; y
 - (b) La fecha efectiva de la póliza se encuentra dentro de los sesenta (60) días después de que ha expirado la cobertura anterior; y
 - (c) El Asegurado ha informado sobre la cobertura anterior en la solicitud de seguro de salud; y
 - (d) La Aseguradora recibe la póliza anterior y copia del recibo de pago de la prima del último año de cobertura, junto con la solicitud de seguro de salud.

Si se exonera el período de espera, los beneficios pagaderos por cualquier condición que se manifieste durante los primeros sesenta (60) días de cobertura están limitados al menor de los beneficios provistos bajo esta póliza o la póliza anterior, mientras esta póliza esté en vigencia.

Administración

1. **AUTORIDAD:** Ningún Agente tiene la autoridad para cambiar la póliza o exonerar ninguna de sus provisiones. Después de que la póliza ha sido emitida, ningún cambio será válido a menos que sea aprobado por escrito por un director o el Jefe de Evaluación de Riesgos de la Aseguradora, y tal aprobación sea avalada por una enmienda a la póliza.
2. **COMIENZO Y FIN DE LA COBERTURA:** Sujeto a las provisiones de esta póliza, los beneficios comienzan en la fecha efectiva de la póliza, no en la fecha en que se solicitó la cobertura. La cobertura comienza a la 00:01 Hora Estándar del Este (EE.UU.) en la fecha efectiva de la póliza, y termina a las 24:00 horas, Hora Estándar del Este (EE.UU.):
 - (a) En la fecha de expiración de la póliza; o
 - (b) Por falta de pago de la prima; o
 - (c) A solicitud por escrito del Asegurado Principal para terminar su cobertura; o

- (d) A solicitud por escrito del Asegurado Principal para terminar la cobertura para algún dependiente; o
- (e) Por notificación por escrito de la Aseguradora, según se establece en las condiciones de esta póliza.

Si el Asegurado Principal desea terminar su cobertura por cualquier razón, solamente podrá hacerlo a partir de la fecha de aniversario de la póliza y con previa notificación por escrito de dos (2) meses.

3. **CAMBIO DE PRODUCTO O PLAN:** El Asegurado Principal puede solicitar un cambio de producto o plan en la fecha del aniversario de la Póliza. Éste debe ser notificado por escrito y recibido antes de la fecha de aniversario. Algunas solicitudes están sujetas a evaluación de riesgo. Durante los sesenta (60) días siguientes a la fecha efectiva del cambio, los beneficios pagaderos por cualquier enfermedad o lesión que no haya sido causada por un accidente o enfermedad de origen infeccioso, estarán limitados al menor de los beneficios provistos bajo el nuevo plan o el plan anterior. Durante los diez (10) meses siguientes a la fecha efectiva del cambio, los beneficios para maternidad, el recién nacido, y condiciones congénitas estarán limitados al menor de los beneficios provistos bajo el nuevo plan o el plan anterior. Durante los seis (6) meses siguientes a la fecha efectiva del cambio, los beneficios para procedimientos de trasplante estarán limitados al menor de los beneficios provistos bajo el nuevo plan o el plan anterior.
4. **CAMBIO DEL PAÍS DE RESIDENCIA:** El Asegurado debe notificar por escrito a la Aseguradora si cambia su país de residencia dentro de los treinta (30) días siguientes al cambio. Un cambio en el país de residencia podrá resultar en la modificación de la cobertura, a discreción de la Aseguradora. Un cambio de país de residencia a los Estados Unidos de América resultará en la no renovación de la póliza. La falta de notificación a la Aseguradora de cualquier cambio en el país de residencia del Asegurado puede resultar en la cancelación de la póliza, o en la modificación de la cobertura en la fecha del próximo aniversario, a discreción de la Aseguradora. **EL PAÍS DE RESIDENCIA DEL ASEGURADO NO PUEDE SER LOS ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA.**
5. **APELACIÓN DE RECLAMOS:** En caso de un desacuerdo entre el Asegurado y la Aseguradora sobre esta póliza de seguro y/o sus provisiones, el Asegurado deberá solicitar una revisión del caso por el Comité de Apelaciones de Bupa Insurance Company antes de comenzar cualquier procedimiento legal. Para comenzar esta revisión, el Asegurado deberá enviar una petición por escrito al Comité de Apelaciones. Esta petición debe incluir copias de toda la información relevante que deba ser considerada, así como una explicación de cual decisión debe ser revisada y por qué. Dichas apelaciones deben ser enviadas al Coordinador de Apelaciones de Bupa Insurance Company, c/o USA Medical Services. Al recibir la petición, el Comité de

Apelaciones determinará si necesita información y/o documentación adicional y realizará los trámites para obtenerla oportunamente. Dentro de los siguientes treinta (30) días, el Comité de Apelaciones notificará al Asegurado sobre su decisión y el razonamiento en que se basó dicha decisión.

- 6. ARBITRAJE, ACCIONES LEGALES Y RENUNCIA A JURADO:** Cualquier desacuerdo que pueda persistir después de una apelación tal y como se determina en la cláusula anterior, debe ser primero sometido a arbitraje. En tal caso, el Asegurado y la Aseguradora someterán sus diferencias a tres (3) árbitros: cada parte seleccionará un árbitro, y el tercer árbitro deberá ser seleccionado por los árbitros de las partes. En caso de desacuerdo entre los tres árbitros, la decisión se tomará por mayoría. Tanto el Asegurado como la Aseguradora podrán iniciar el procedimiento de arbitraje notificando a la otra parte por escrito, solicitando el arbitraje y nombrando a su árbitro. La otra parte contará con veinte (20) días a partir del recibo de dicha notificación para designar su árbitro. Los dos (2) árbitros designados por las partes elegirán al tercer árbitro dentro de los diez (10) días siguientes, y el arbitraje se llevará a cabo en el lugar establecido más adelante, a más tardar diez (10) días después del nombramiento del tercer árbitro. Si la parte que recibe la notificación no designa a su árbitro dentro de un plazo de veinte (20) días, la parte reclamante podrá designar al segundo árbitro, en cuyo caso la parte notificada no deberá considerarse perjudicada. El arbitraje se llevará a cabo en el Condado Miami-Dade, Florida, Estados Unidos de América, o en el país de residencia del Asegurado si así lo aprueba la Aseguradora. El Asegurado y la Aseguradora acuerdan que cada parte pagará sus propios gastos en relación con el arbitraje.

El Asegurado confiere jurisdicción exclusiva en el Condado Miami-Dade, Florida para determinar cualquier derecho bajo esta póliza. Para resolver cualquier disputa legal que surja directa o indirectamente de esta póliza, la Aseguradora y el Asegurado cubierto bajo esta póliza acuerdan expresamente ir a juicio por juez solamente. La Aseguradora y el Asegurado también acuerdan pagar los gastos incurridos y los honorarios de sus respectivos abogados, incluyendo los gastos incurridos en el arbitraje.

- 7. MONEDA:** Todos los valores monetarios mencionados en esta póliza son en dólares de los Estados Unidos de América.
- 8. OBLIGATORIEDAD DE COOPERACIÓN:** El Asegurado debe proporcionar a la Aseguradora todos los expedientes y reportes médicos y, cuando así lo solicite la Aseguradora, firmará todos los formularios de autorización necesarios para que la Aseguradora obtenga tales expedientes y reportes médicos. El no cooperar con la Aseguradora, o el no autorizar el acceso de la Aseguradora a los expedientes y reportes médicos, puede ser motivo para que un reclamo sea denegado.

9. **CONTRATO COMPLETO/CONTROLADOR:** La póliza (este documento), la Solicitud de Seguro de Salud, el Certificado de Cobertura, y cualquier enmienda o anexo adicional, constituyen el contrato completo entre las partes. La traducción al español/portugués se ofrece para conveniencia del Asegurado. **La versión en inglés de esta póliza prevalecerá y será el contrato controlador en caso de cualquier duda o disputa sobre esta póliza.**
10. **PERÍODO DE GRACIA:** Si el pago de la prima no es recibido en la fecha de su vencimiento, la Aseguradora concederá un período de gracia de treinta (30) días a partir de la fecha establecida para que la prima sea pagada. Si la prima no es recibida por la Aseguradora antes del final del período de gracia, esta póliza y todos sus beneficios se considerarán terminados en la fecha original del vencimiento de la prima. Ningún beneficio será proporcionado durante el período de gracia.
11. **OTRA COBERTURA DE SEGURO:** Si el Asegurado tiene cobertura bajo otra póliza que ofrece beneficios también cubiertos bajo esta póliza, dichos beneficios serán coordinados. Todos los reclamos incurridos en el país de residencia deberán ser presentados en primera instancia contra la otra póliza. Esta póliza sólo pagará beneficios cuando los beneficios pagaderos bajo la otra póliza hayan sido pagados y agotados. Fuera del país de residencia, Bupa Insurance Company funcionará como la principal Aseguradora, y retiene el derecho de recaudar el pago de cualquier otra aseguradora.
12. **PAGO DE RECLAMOS:** La Aseguradora tiene como política efectuar pagos directos a médicos y hospitales en todo el mundo. Cuando esto no sea posible, la Aseguradora reembolsará al Asegurado Principal la cantidad menor entre la tarifa contractual acordada entre el proveedor y la Aseguradora y la tarifa usual, acostumbrada y razonable para esa área geográfica en particular. Cualquier cargo o parte de un cargo en exceso de estas cantidades será responsabilidad del Asegurado. En caso de que el Asegurado Principal fallezca, la Aseguradora pagará cualquier beneficio pendiente de pago al beneficiario o heredero del Asegurado Principal. USA Medical Services deberá recibir la información médica y no médica requerida para determinar la compensación antes de: 1) Aprobar un pago directo, o 2) Reembolsar al Asegurado Principal.
13. **EXÁMENES FÍSICOS:** Durante el proceso de un reclamo, la Aseguradora se reserva el derecho de solicitar exámenes físicos de cualquier Asegurado cuya enfermedad o lesión sea la base del reclamo, cuando y con la frecuencia que lo considere necesario, corriendo los gastos a cargo de la Aseguradora.
14. **CANCELACIÓN O NO RENOVACIÓN DE LA PÓLIZA:** La Aseguradora se reserva el derecho de cancelar, modificar, o rescindir inmediatamente la póliza si se descubre que las declaraciones en la solicitud de seguro de salud son falsas, incompletas o que se ha cometido fraude, provocando que la Aseguradora aprobara una solicitud

cuando si hubiese contado con la información correcta o completa, la Aseguradora habría emitido una póliza con cobertura restringida o habría declinado proporcionar cobertura.

Si el Asegurado cambia su país de residencia, y el plan actual del Asegurado no está disponible en su nuevo país de residencia, la Aseguradora se reserva el derecho de cancelar la póliza o modificar sus tarifas, deducibles o beneficios, general y específicamente, para poder ofrecerle al Asegurado una cobertura de seguro lo más equivalente posible.

Si el Asegurado reside en los Estados Unidos de América durante más de ciento ochenta (180) días continuos dentro de cualquier período de trescientos sesenta y cinco (365) días, independientemente del tipo de visa que se le haya otorgado para ese propósito, la cobertura para cualquier condición estará limitada a la Red de Proveedores de la Aseguradora hasta la fecha de la próxima renovación de la póliza, cuando la cobertura bajo dicha póliza terminará automáticamente.

El envío de un reclamo fraudulento es también motivo para la rescisión o cancelación de la póliza.

La Aseguradora se reserva el derecho de cancelar, no renovar, o modificar una póliza en base al "bloqueo", según se define en esta póliza. La Aseguradora ofrecerá cobertura lo más equivalente posible al Asegurado. Ningún Asegurado individual será penalizado independientemente con la cancelación o modificación de la póliza, en base **solamente** a un historial desfavorable de reclamos.

15. **EMISIÓN DE LA PÓLIZA:** Esta póliza no podrá ser emitida o entregada en los Estados Unidos de América, excepto cuando sea específicamente permitido por las leyes del Estado de la Florida. La póliza se considerará emitida o entregada al recibo de la misma por el Asegurado Principal en su país de residencia.
16. **MODALIDAD DE LA PÓLIZA:** Todas las pólizas son consideradas pólizas anuales. Las primas deberán ser pagadas anualmente, a menos que la Aseguradora autorice otra modalidad de pago.
17. **PAGO DE LA PRIMA:** El Asegurado Principal es responsable del pago a tiempo de la prima. La prima es pagadera en la fecha de renovación de la póliza o en cualquier otra fecha de vencimiento que haya sido autorizada por la Aseguradora. Los avisos de pago de primas son enviados como una cortesía, y la Aseguradora no garantiza la entrega de los mismos. Si el Asegurado no ha recibido un aviso de pago de prima treinta (30) días antes de la fecha de vencimiento, y no sabe el monto del pago de su prima, el Asegurado deberá comunicarse con su agente o directamente con la Aseguradora. El pago también puede efectuarse en línea en www.bupalatinamerica.com.

18. **CAMBIO DE TARIFA DE PRIMAS:** La Aseguradora se reserva el derecho de cambiar la prima en cada fecha de renovación. Este derecho será ejercido solamente en base a "clase" en la fecha de renovación de cada póliza.
19. **PRUEBA DE RECLAMO:** El Asegurado deberá someter prueba escrita del reclamo, consistiendo dicha prueba de las facturas originales detalladas, expedientes médicos, y el formulario de reclamo debidamente llenado y firmado, los cuales deben ser enviados a USA Medical Services al 7001 S.W. 97th Avenue, Miami, Florida 33173, dentro de los ciento ochenta (180) días siguientes a la fecha del tratamiento o servicio. El no cumplir con esta condición resultará en la denegación del reclamo. Se requiere completar un formulario de reclamo por cada incidente para todos los reclamos presentados. Los formularios de reclamo son proporcionados junto con la póliza; también pueden obtenerse comunicándose con su agente o con USA Medical Services a la dirección anteriormente mencionada, o en nuestra página web: www.bupalatinamerica.com. La tasa de cambio utilizada para pagos de facturas emitidas en otras monedas que no sean dólares americanos, será determinada por la Aseguradora (actuando razonablemente) en la fecha de prestación del servicio. Para que los beneficios sean pagaderos bajo esta póliza, los hijos dependientes que ya hayan cumplido los diecinueve (19) años de edad, deberán presentar un certificado o affidavit de la universidad como evidencia de que en el momento de emitir la póliza o renovarla, dichos hijos dependientes son estudiantes de tiempo completo, así como también una declaración por escrito firmada por el Asegurado Principal confirmando que dichos hijos dependientes son solteros.
20. **REEMBOLSOS:** Si el Asegurado Principal cancela la póliza después de que ésta ha sido emitida, rehabilitada o renovada, la Aseguradora no reembolsará la porción no devengada de la prima. Si la Aseguradora cancela la póliza por cualquier razón bajo los términos de la póliza, la Aseguradora reembolsará la porción no devengada de la prima menos los cargos administrativos y honorarios, hasta un máximo del sesenta y cinco por ciento (65%) de la prima. La cuota administrativa de la póliza, los honorarios de USA Medical Services, y el treinta y cinco por ciento (35%) de la prima base no son reembolsables. La porción no devengada de la prima se basa en el número de días correspondientes a la modalidad de pago, menos el número de días que la póliza estuvo en vigor.
21. **REHABILITACIÓN:** Si la póliza no fue renovada durante el Período de Gracia, puede ser rehabilitada durante los siguientes sesenta (60) días de haberse terminado el Período de Gracia, a discreción de la Aseguradora, siempre y cuando el Asegurado proporcione nueva evidencia de elegibilidad, la cual consistirá de una nueva solicitud de seguro de salud y cualquier otra información o documento requerido por la Aseguradora. La póliza no podrá ser rehabilitada después de noventa (90) días de la fecha efectiva de terminación de la misma.

- 22. SUBROGACIÓN E INDEMNIZACIÓN:** La Aseguradora tiene el derecho de subrogación o reembolso por parte y en nombre del Asegurado a quien pagado un reclamo, cuando el Asegurado haya recobrado todo o parte de dicho pago de una tercera entidad. Además, la Aseguradora se reserva el derecho de proceder en nombre del Asegurado, asumiendo los gastos contra terceras personas que puedan ser responsables de causar un reclamo bajo esta póliza, o que puedan ser responsables de proporcionar indemnización de beneficios por cualquier reclamo bajo esta póliza.
- 23. TERMINACIÓN DE LA COBERTURA DESPUÉS DEL VENCIMIENTO DE LA PÓLIZA:** En caso de que una póliza sea terminada por cualquier motivo, la cobertura cesa en la fecha efectiva de terminación, y la Aseguradora sólo será responsable por tratamientos cubiertos bajo los términos de la póliza que se hayan llevado a cabo antes de la fecha efectiva de terminación de la misma. No hay cobertura para ningún tratamiento que ocurra después de la fecha efectiva de terminación, independientemente de cuándo se presentó por primera vez la condición o cuánto tratamiento adicional pueda ser necesario.

Exclusiones y Limitaciones

Esta Póliza **no proporciona cobertura o beneficios** en ninguno de los siguientes casos:

1. El tratamiento de cualquier enfermedad o lesión, o cualquier gasto que resulte de cualquier tratamiento, servicio o suministro:
 - (a) Que no sea médicamente necesario; o
 - (b) Para un Asegurado que no se encuentre bajo los cuidados de un médico, doctor o profesional acreditado; o
 - (c) Que no sea autorizado o recetado por un médico o doctor; o
 - (d) Que está relacionado con el cuidado personal; o
 - (e) Que se lleva a cabo en un hospital, pero para el cual no es necesario el uso de instalaciones hospitalarias.
2. Cualquier cuidado o tratamiento, estando el Asegurado en su sano juicio o no, debido a enfermedades o lesiones auto infligidas, suicidio, intento de suicidio, uso o abuso de alcohol, uso o abuso de drogas, uso de sustancias ilegales, o el uso ilegal de sustancias controladas. Esto incluye cualquier accidente resultante de cualquiera de los criterios anteriores.
3. Exámenes de rutina de ojos y oídos, dispositivos para la audición, anteojos, lentes de contacto, queratotomía radial, y/o cualquier otro procedimiento para corregir desórdenes de refracción visual.

4. Cualquier examen médico o estudio de diagnóstico que forme parte de un examen físico de rutina, incluyendo vacunas y la emisión de certificados médicos, y exámenes con el propósito de demostrar la capacidad del Asegurado para trabajar o viajar, excepto como se estipula bajo la Provisión número 21 "Reconocimiento Médico General de Rutina" de esta Póliza.
5. Tratamiento quiropráctico, homeopático, acupuntura, o cualquier tipo de medicina alternativa.
6. Cualquier enfermedad o lesión que no haya sido causada por un accidente o enfermedad de origen infeccioso que se haya manifestado por primera vez dentro de los primeros sesenta (60) días desde la fecha efectiva de la Póliza.
7. Cirugía electiva o cosmética, o tratamiento médico cuyo propósito principal es el embellecimiento, a menos que sea necesario debido a una lesión, deformidad, o enfermedad ocurrida por primera vez estando el Asegurado cubierto bajo esta póliza. También se excluye cualquier tratamiento quirúrgico de deformidades nasales o del tabique nasal, que no haya sido causado por trauma.
8. Cualquier gasto relacionado con condiciones preexistentes, excepto como se define y estipula en esta Póliza.
9. Cualquier tratamiento, servicio o suministro que no esté científicamente reconocido o aprobado para la condición indicada, o que sea considerado experimental y/o no aprobado para uso general por la Administración de Drogas y Alimentos de los Estados Unidos de América (FDA).
10. Tratamiento en cualquier institución gubernamental, o cualquier gasto incurrido si el Asegurado tiene derecho a cuidados gratuitos. Servicio o tratamiento por el cual no habría que pagar de no existir una cobertura de seguro, o epidemias que han sido puestas bajo la dirección de una autoridad gubernamental.
11. Procedimientos de diagnóstico o tratamiento psiquiátrico, a menos que sean resultado de una condición cubierta. Las enfermedades mentales y/o los desórdenes de la conducta o del desarrollo, el Síndrome de Fatiga Crónica, apnea del sueño, y cualquier otro desorden del sueño.
12. Cualquier porción de cualquier gasto que exceda lo usual, acostumbrado y razonable por el servicio o suministro en particular para el área geográfica o el nivel apropiado del tratamiento que se ha recibido.

13. Cualquier gasto por esterilización masculina o femenina, reversión de una esterilización, cambio o transformación de sexo, control de la natalidad, infertilidad, inseminación artificial, disfunción o inadecuación sexual, desórdenes relacionados con el Virus del Papiloma Humano (VPH) y/o enfermedades transmitidas sexualmente.
14. El tratamiento o servicio por cualquier condición médica, mental o dental relacionada con, o que resulte como complicación de dichos servicios médicos, mentales o dentales, u otras condiciones específicamente excluidas por una enmienda, o no cubiertas bajo esta Póliza.
15. Cualquier gasto, servicio, o tratamiento por obesidad, control de peso, o cualquier forma de suplemento alimenticio.
16. Cuidado podiátrico para tratar desórdenes funcionales de las estructuras de los pies, incluyendo pero no limitado a callos, callosidades, juanetes, verrugas plantares, fasciitis plantar, Hallux valgus, dedo en martillo, neuroma de Morton, pies planos, arcos débiles y pies débiles, incluyendo pedicura, zapatos especiales, y soportes de cualquier tipo o forma.
17. Tratamiento con un estimulador de crecimiento óseo, estimulación del crecimiento óseo, o tratamiento relacionado con la hormona del crecimiento, independientemente de la razón para la receta médica.
18. Todo tratamiento a una madre o un recién nacido relacionado con un embarazo no cubierto.
19. La terminación voluntaria del embarazo, a menos que la vida de la madre se encuentre en peligro inminente.
20. Cualquier condición o enfermedad congénita o hereditaria, excepto como ha sido estipulado bajo las provisiones de esta Póliza.
21. Cualquier tratamiento o servicio dental no relacionado con un accidente cubierto, o después de noventa (90) días de la fecha de un accidente cubierto.
22. Tratamiento de lesiones que resulten mientras el Asegurado preste servicio como miembro de la policía o de una unidad militar, o por participación en guerra, motín, conmoción civil, o cualquier actividad ilegal, incluyendo el encarcelamiento resultante.

23. Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), VIH positivo, o enfermedades relacionadas con el SIDA. Sin embargo, las enfermedades relacionadas con el SIDA o anticuerpos VIH (VIH positivo), estarán cubiertas si se comprueba que fueron causadas por una transfusión de sangre recibida después de la fecha efectiva de esta póliza. El virus del VIH también estará cubierto si se comprueba que fue contraído como resultado de un accidente ocurrido durante el curso normal de la ocupación del Asegurado, incluyendo las siguientes profesiones: médicos, dentistas, enfermeros, personal de laboratorio, trabajadores de hospital auxiliares, ayudantes médicos o dentales, personal de ambulancias, comadronas, personal del cuerpo de bomberos, policías, y oficiales de penitenciaría. El Asegurado deberá notificar a la Aseguradora dentro de los catorce (14) días siguientes a dicho accidente, y al mismo tiempo proporcionar el resultado negativo de un examen de anticuerpos de VIH con fecha previa al accidente.
24. La admisión electiva por más de veintitrés (23) horas antes de una cirugía programada, excepto cuando sea aprobada por escrito por la Aseguradora.
25. Tratamientos del maxilar superior, de la mandíbula, o desórdenes de la articulación de la mandíbula, incluyendo pero no limitado a anomalías de la mandíbula, malformaciones, síndrome de la articulación temporo-mandibular, desórdenes cráneo-mandibulares, y otras condiciones de la mandíbula o de la articulación de la mandíbula que conecta el hueso de la mandíbula y el cráneo con el complejo de músculos, nervios y otros tejidos relacionados con esa articulación.
26. Tratamiento que haya sido realizado por el cónyuge, los padres, hermanos o hijos de cualquier Asegurado bajo esta Póliza.
27. Medicamentos de venta libre o medicamentos que pueden obtenerse sin receta, medicamentos por receta que no fueron originalmente recetados mientras el Asegurado estuvo hospitalizado, y medicamentos por receta que no son recetados como parte de la continuación del tratamiento después de una cirugía ambulatoria.
28. Equipo de riñón artificial personal o para uso residencial, excepto cuando sea aprobado por escrito por la Aseguradora.
29. Almacenamiento de médula ósea, células madre, sangre del cordón umbilical, u otro tipo de tejido o célula, excepto como está estipulado bajo las provisiones de esta póliza. Los costos relacionados con la adquisición e implantación de un corazón artificial, otros órganos artificiales o de animales, y todos los gastos relacionados con la criopreservación por más de veinticuatro (24) horas de duración.

30. Lesiones o enfermedades causadas por, o relacionadas con, radiación ionizada, polución o contaminación, radioactividad proveniente de cualquier material nuclear, desecho nuclear, o la quema de combustible nuclear o artefactos nucleares.

Definiciones

1. **ACCIDENTE:** Cualquier evento repentino o imprevisto producido por una causa externa, del cual resulta una lesión.
2. **DAÑO CORPORAL ACCIDENTAL:** Daño infligido al cuerpo que ha sido ocasionado por una causa externa repentina e imprevista.
3. **TRANSPORTE POR AMBULANCIA AÉREA:** Transporte aéreo de emergencia desde el hospital donde el Asegurado está ingresado, hasta el hospital más cercano donde se le puede proporcionar el tratamiento adecuado.
4. **ENMIENDA:** Documento que la Aseguradora agrega a la póliza para aclarar, explicar o modificar la póliza.
5. **HONORARIOS DE ANESTESISTA:** Cargos de un anestesista por la administración de anestesia durante un procedimiento quirúrgico, para la supervisión de un(a) Enfermero(a) Anestesista Certificado(a) Registrado(a) que administra anestesia durante un procedimiento quirúrgico, o por servicios médicamente necesarios para controlar el dolor.
6. **FECHA DE ANIVERSARIO:** Ocurrencia anual de la fecha de efectividad de la póliza.
7. **SOLICITANTE:** La persona que llena la solicitud de seguro de salud para obtener cobertura.
8. **SOLICITUD:** Declaración por escrito en un formulario por el Solicitante con información sobre sí mismo y sus dependientes, usada por la Aseguradora para determinar la aceptación o denegación del riesgo. La solicitud de Seguro de Salud incluye cualquier declaración verbal hecha por el solicitante durante una entrevista médica hecha por la Aseguradora, el historial médico, cuestionarios, y otros documentos proporcionados a, o solicitados por, la Aseguradora antes de la emisión de la póliza.
9. **HONORARIOS DEL MÉDICO/CIRUJANO ASISTENTE:** Cargos del médico o cirujano que ayuda al cirujano principal a realizar un procedimiento quirúrgico.
10. **BLOQUE:** Los Asegurados de un tipo de póliza (incluyendo el deducible) o un territorio.

11. **RED DE PROVEEDORES BUPA ADVANTAGE:** Grupo de médicos y hospitales aprobados y contratados para tratar a Asegurados en nombre de la Aseguradora. La lista de hospitales y médicos en la Red de Proveedores Bupa Advantage está disponible en USA Medical Services o en la página web www.usamedicalservices.com, y está sujeta a cambio sin previo aviso.
12. **AÑO CALENDARIO:** Del 1° de enero al 31 de diciembre del mismo año.
13. **CERTIFICADO DE COBERTURA:** Documento de la póliza que especifica la fecha efectiva, las condiciones, la extensión, y cualquier limitación de la cobertura, y que enumera al Asegurado Principal y cada dependiente cubierto bajo la póliza.
14. **CLASE:** Los Asegurados de todas las pólizas de un mismo tipo, incluyendo pero no limitado a beneficios, deducibles, grupos de edad, país, plan, grupos por año, o una combinación de cualesquiera de éstos.
15. **COMPLICACIONES DEL PARTO:** Cualquier desorden del recién nacido relacionado con el parto, pero no causado por factores genéticos, que se manifieste durante los primeros treinta y un (31) días de vida, incluyendo pero no limitado a hiperbilirrubinemia (ictericia), hipoxia cerebral, hipoglucemia, prematuridad, déficit respiratorio, o traumatismos durante el parto.
16. **COMPLICACIONES DE LA MATERNIDAD:** Curso anormal del embarazo y puerperio que impide que la madre pueda tener un parto natural bajo cuidado médico regular. Para propósitos de esta póliza, una cesárea electiva, o una cesárea después de una cesárea no son consideradas complicaciones de la maternidad.
17. **CONDICIONES O ENFERMEDADES CONGÉNITAS Y HEREDITARIAS:** Cualquier condición o enfermedad existente antes del nacimiento, independientemente de la causa, y de si se manifestó o fue diagnosticada al momento del nacimiento, después del nacimiento o años después.
18. **PAÍS DE RESIDENCIA:** El país:
 - (a) Donde el Asegurado reside la mayor parte del año calendario o del año póliza; o
 - (b) Donde el Asegurado ha residido por más de ciento ochenta (180) días continuos durante cualquier período de trescientos sesenta y cinco (365) días mientras la póliza está en vigencia.
19. **EMBARAZO CUBIERTO:** Los embarazos cubiertos son aquéllos para los cuales la fecha del parto es por lo menos diez (10) meses posterior a la fecha efectiva de cobertura para el(la) padre(madre) Asegurado(a) El padre asegurado no puede ser un hijo dependiente masculino.

- 20. CUIDADOS PERSONALES:** Cuidados de ayuda con las actividades de la vida diaria que pueden ser proporcionados por personal sin entrenamiento médico o de enfermería (por ejemplo, bañarse, vestirse, afeitarse, alimentarse, ir al baño, etc.).
- 21. DEDUCIBLE:** La cantidad de los gastos cubiertos que debe ser pagada por el Asegurado antes de que los beneficios de la póliza sean pagaderos. Los gastos incurridos en el país de residencia están sujetos al deducible en el país de residencia. Los gastos incurridos fuera del país de residencia están sujetos al deducible fuera del país de residencia.
- 22. CENTRO MÉDICO DE DIAGNÓSTICO:** Instalación médica debidamente autorizada para realizar exámenes y servicios de diagnóstico.
- 23. SERVICIOS DE DIAGNÓSTICO:** Servicios y pruebas de laboratorio médicamente necesarios usados para diagnosticar o tratar condiciones médicas, incluyendo patología, radiografía, ultrasonido, resonancia magnética, tomografía computarizada, y tomografía por emisión de positrones (PET).
- 24. COMPAÑERO(A) DOMÉSTICO(A):** Persona del sexo opuesto, o del mismo sexo, con quien el Asegurado Principal ha establecido una Relación de Vida Doméstica.
- 25. RELACIÓN DE VIDA DOMÉSTICA:** Relación entre el Asegurado Principal y otra persona del sexo opuesto o del mismo sexo. Todos los siguientes requerimientos aplican a ambas personas:
- (a) Ninguno de los dos puede estar actualmente casado con, o ser compañero(a) doméstico(a) de, otra persona según la ley o el derecho común.
 - (b) Los dos deben compartir la misma residencia permanente, así como otras necesidades de la vida.
 - (c) Los dos deben tener por lo menos 18 años de edad.
 - (d) Los dos deben ser mentalmente competentes para acordar un contrato.
 - (e) Los dos deben ser interdependientes financieramente, y deberán haber proporcionado documentos que comprueben por lo menos dos (2) de las siguientes condiciones de dicha interdependencia financiera:
 - i. Mantienen una relación exclusiva y dedicada durante por lo menos un (1) año.
 - ii. Ambos son propietarios de una residencia en común.
 - iii. Cumplen con por lo menos dos (2) de los siguientes requisitos:
 - Un automóvil que pertenece a los dos.
 - Una cuenta mancomunada de cheques, ahorros o inversiones.
 - Una cuenta de crédito mancomunada.
 - Un contrato de alquiler de residencia que identifique a ambos como inquilinos.
 - Un testamento y/o póliza de seguro de vida que designe al otro como beneficiario principal.

El Asegurado Principal y su Compañero(a) Doméstico(a) deberán firmar conjuntamente el affidavit de Relación de Vida Doméstica requerido.

26. **DONANTE:** Persona viva o fallecida de quien se ha removido uno o más órganos, células o tejido para ser trasplantados en el cuerpo de otra persona (receptor).
27. **FECHA DE VENCIMIENTO:** La fecha en que la prima vence y debe pagarse.
28. **FECHA EFECTIVA:** Fecha en que comienza la cobertura bajo la póliza, tal como aparece en el Certificado de Cobertura.
29. **EMERGENCIA:** Condición médica que se manifiesta por signos o síntomas agudos que pueden resultar en peligro inmediato para la vida o integridad física del Asegurado si no se proporciona atención médica en menos de veinticuatro (24) horas.
30. **TRATAMIENTO DENTAL DE EMERGENCIA:** Tratamiento necesario para restaurar o reemplazar los dientes que han sido dañados o perdidos en un accidente cubierto.
31. **TRATAMIENTO DE EMERGENCIA:** Atención o servicios médicamente necesarios debido a una emergencia.
32. **PERÍODO DE GRACIA:** El período de treinta (30) días después de la fecha de vencimiento de la póliza, durante el cual la Aseguradora permitirá que la póliza sea renovada.
33. **TRANSPORTE EN AMBULANCIA TERRESTRE:** Transporte de emergencia hacia un hospital por ambulancia terrestre.
34. **ATENCIÓN MÉDICA EN EL HOGAR:** Cuidados al Asegurado en su hogar, los cuales han sido prescritos y certificados por escrito por el médico tratante, los cuales son necesarios para el tratamiento adecuado de la enfermedad o lesión, y prescritos en lugar de la hospitalización. La Atención Médica en el Hogar incluye los servicios de profesionales certificados y autorizados (por ejemplo, enfermeros, terapeutas, etc.) fuera del hospital, y no incluyen los Cuidados Personales.
35. **RESIDENCIA Y CUIDADOS PALIATIVOS:** Cuidados que el Asegurado recibe después de ser diagnosticado con una condición terminal, incluyendo cuidados físicos, psicológicos, y sociales, así como también adecuación de la cama, cuidados de enfermería, y medicamentos por receta. Este cuidado debe ser aprobado con anticipación por USA Medical Services.
36. **HOSPITAL:** Cualquier institución legalmente autorizada como centro médico o quirúrgico en el país donde opera, y que: a) está primordialmente dedicada a proporcionar instalaciones para diagnósticos clínicos y quirúrgicos, y el tratamiento y cuidado de personas lesionadas o enfermas por o bajo la supervisión de un equipo

de médicos; y b) no es un lugar de reposo, un lugar para ancianos, un hogar de convalecientes, una institución o una instalación para cuidados a largo plazo.

- 37. SERVICIOS HOSPITALARIOS:** El personal hospitalario de enfermería, instrumentistas, habitaciones privadas o semi-privadas estándar y alimentación, y otros tratamientos o servicios médicamente necesarios ordenados por un médico para el Asegurado que ha sido hospitalizado. El(la) enfermero(a) privado(a) y la sustitución de una habitación privada estándar por una suite o júnior suite no se consideran Servicios Hospitalarios.
- 38. ENFERMEDAD:** Condición anormal del cuerpo humano, manifestada por signos, síntomas y/o hallazgos anormales en los exámenes médicos, que hacen esta condición diferente del estado normal del organismo.
- 39. ENFERMEDAD INFECCIOSA:** Condición clínica que resulta de la presencia de agentes microbianos patógenos, incluyendo virus patógenos, bacterias patógenas, hongos, protozoos, parásitos multicelulares, y proteínas aberrantes conocidas como priones, que puede ser transmitida de una persona a otra.
- 40. LESIÓN:** Daño causado al organismo por una causa externa.
- 41. HOSPITALIZACIÓN:** Ingreso del Asegurado a una instalación hospitalaria por más de veintitrés (23) horas para recibir atención médica o quirúrgica. La severidad de la enfermedad o condición también debe justificar la necesidad médica para la hospitalización. El tratamiento que se limita a la sala de emergencias no se considera una hospitalización.
- 42. ASEGURADO:** La persona para quien se ha completado una solicitud de seguro de salud, pagado la prima, y para quien la cobertura ha sido aprobada e iniciada por la Aseguradora. El término "Asegurado" incluye al Asegurado Principal y a todos los dependientes cubiertos bajo esta póliza.
- 43. MÉDICAMENTE NECESARIO:** El tratamiento, servicio o suministro médico que es determinado por USA Medical Services como necesario y apropiado para el diagnóstico y/o tratamiento de una enfermedad o lesión. El tratamiento, servicio o suministro médico no será considerado médicamente necesario si:
- (a) Es proporcionado solamente como una conveniencia para el Asegurado, la familia del Asegurado o el proveedor del servicio (por ejemplo, enfermero(a) privado(a), sustitución de una habitación privada estándar por una suite o júnior suite); o
 - (b) No es apropiado para el diagnóstico o tratamiento del Asegurado; o
 - (c) Excede el nivel de cuidados necesarios para proporcionar un diagnóstico o tratamiento adecuado; o
 - (d) Cae fuera del alcance de la práctica estándar establecida por las instituciones profesionales correspondientes (Colegio de Médicos, Fisioterapeutas, Enfermeros, etc.).

44. **RECÍÉN NACIDO:** Un infante desde el momento del nacimiento hasta que cumple treinta y un (31) días de vida.
45. **ENFERMERO(A):** Profesional legalmente certificado para prestar cuidados de enfermería en el país donde se ofrece el tratamiento.
46. **SERVICIOS AMBULATORIOS:** Tratamientos o servicios médicos proporcionados u ordenados por un médico que no requieren de hospitalización. Los servicios ambulatorios pueden incluir servicios prestados en un hospital o sala de emergencia cuando estos servicios tengan una duración de menos de veinticuatro (24) horas.
47. **MÉDICO O DOCTOR:** Profesional debidamente certificado para practicar la medicina en el país donde se proporciona el tratamiento mientras actúe dentro de los parámetros de su profesión. El término "Médico" o "Doctor" también incluirá a personas legalmente autorizadas para la práctica de la odontología.
48. **ASEGURADO PRINCIPAL:** La persona que llena y firma la solicitud de seguro de salud. Ésta es la persona que está facultada para recibir el reembolso de gastos médicos cubiertos y la devolución de cualquier prima no devengada.
49. **AÑO PÓLIZA:** El período de doce (12) meses consecutivos que comienza en la fecha de efectividad de la póliza, y cualquier período subsiguiente de doce (12) meses.
50. **CONDICIÓN PREEXISTENTE:** Es aquella condición:
- (a) Que ha sido diagnosticada por un médico antes de la fecha efectiva de la póliza o de su rehabilitación; o
 - (b) Para la cual se ha recomendado o recibido tratamiento médico antes de la fecha efectiva de la póliza o su rehabilitación; o
 - (c) Que habría resultado en el diagnóstico médico de una enfermedad o condición tras el análisis de los síntomas o signos si se hubiesen presentado a un médico antes de la fecha efectiva de la póliza.
51. **MEDICAMENTOS POR RECETA:** Medicamentos cuya venta y uso están legalmente limitados a la orden de un médico.
52. **RECEPTOR:** La persona que ha recibido, o está en proceso de recibir, el trasplante de un órgano, célula o tejido.
53. **SERVICIOS DE REHABILITACIÓN:** Tratamiento proporcionado por un profesional de la salud legalmente acreditado, con la intención de habilitar a personas que han perdido la capacidad de funcionar normalmente debido a una lesión, enfermedad o cirugía, o para el tratamiento del dolor, que les permita alcanzar y mantener su función física.

sensorial, e intelectual normal. Estos servicios pueden incluir: cuidado médico, terapia física, terapia ocupacional, y otros.

54. **FECHA DE RENOVACIÓN:** El primer día del siguiente año póliza. La fecha de renovación ocurre solamente en la fecha de aniversario de la póliza.
55. **ANEXO:** Documento añadido a la póliza por la Aseguradora, que agrega y detalla una cobertura opcional.
56. **SEGUNDA OPINIÓN QUIRÚRGICA:** La opinión de un médico distinto del que está atendiendo actualmente al Asegurado.
57. **ACCIDENTE SERIO:** Un trauma imprevisto que ocurre sin la intención del Asegurado, debido a una causa externa que provoca un impacto violento en el cuerpo, resultando en una severa lesión corporal demostrable que requiere hospitalización inmediata dentro de las primeras horas siguientes al trauma accidental para evitar la pérdida de la vida o de la integridad física. La existencia de lesiones accidentales graves será determinada de común acuerdo entre el médico tratante y el médico de la Aseguradora, después de revisar las notas de evaluación inicial, y los expedientes clínicos de la sala de emergencias y de la hospitalización.
58. **PROCEDIMIENTO DE TRASPLANTE:** Procedimiento durante el cual un órgano, célula o tejido es implantado de una parte a otra, o de un individuo a otro de la misma especie, o cuando un órgano, célula (por ejemplo, célula madre, médula ósea, etc.), o tejido se remueve y luego se implanta de nuevo en la misma persona.
59. **RED DE PROVEEDORES PARA PROCEDIMIENTO DE TRASPLANTE:** Grupo de hospitales y médicos contratados en nombre de la Aseguradora con el propósito de proporcionar beneficios de trasplante al Asegurado. La lista de hospitales y médicos dentro de la Red de Proveedores para Procedimiento de Trasplante está disponible en USA Medical Services y está sujeta a cambio sin previo aviso.
60. **USUAL, ACOSTUMBRADO Y RAZONABLE:** Las tarifas usuales, acostumbradas, y razonables por servicios médicos proporcionados en un área geográfica determinada, independientemente de si se realizó pago directo o reembolso.
61. **CUIDADO DEL RECIÉN NACIDO SALUDABLE:** Es el cuidado médico de rutina que se proporciona a un recién nacido saludable.

SUPLEMENTO

¿Cómo funciona el proceso de pago de reclamos de USA Medical Services?

Los Asegurados deben notificar a USA Medical Services en el momento que saben que necesitarán algún tipo de tratamiento.

Cuatro razones para notificar a USA Medical Services al +1 (305) 275-1500:

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

Antes del tratamiento: Al notificar a USA Medical Services que un Asegurado necesita cualquier tipo de tratamiento médico, uno de nuestros médicos se comunicará inmediatamente con el médico del paciente y la instalación médica. En cuanto recibimos toda la información necesaria de su proveedor, incluyendo los expedientes médicos, nuestro personal profesional coordinará el pago directo y confirmará sus beneficios. Así es como garantizamos a nuestros Asegurados su ingreso al hospital sin contratiempos, evitándole la preocupación de pagos y reembolsos. Además, le ayudamos a coordinar y programar ambulancias aéreas, segundas opiniones médicas y quirúrgicas, citas con especialistas, y otros servicios médicos.

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

Después del tratamiento: Después de que el paciente es dado de alta del hospital o termina su tratamiento, nuestros médicos de USA Medical Services coordinarán cualquier tratamiento o terapia de seguimiento, y harán los trámites necesarios hasta que se procese el pago del reclamo.

La notificación: El primer paso en el proceso del reclamo

Esta sección le explica qué necesita hacer si su médico le informa que necesita tratamiento o seguimiento médico. También le explica qué información necesitará al contactarnos, y cómo le ayudaremos durante el proceso.

La autorización de un reclamo es manejada por nuestro equipo de profesionales médicos en USA Medical Services. Ellos le ayudarán a obtener acceso al tratamiento que necesita tan pronto como sea posible. Le ofrecerán información y orientación, así como también confirmación de su cobertura para cualquier tratamiento.

Por favor asegúrese de notificar a USA Medical Services llamando al +1 (305) 275-1500 o enviando un mensaje por correo electrónico a usamed@usamedicalservices.com por lo menos 72 horas antes de recibir cualquier tratamiento médico, o dentro de las 72 horas después de haber recibido cualquier tratamiento de emergencia.

Si su médico le indica que debe consultar a un especialista o hacerse exámenes de diagnóstico:

Llame o envíe un mensaje por correo electrónico a USA Medical Services.

La siguiente información nos ayudará a procesar su reclamo con mayor rapidez:

1. El nombre del médico que hace la referencia médica
2. El nombre del médico a quien ha sido referido
3. El examen de diagnóstico que necesita
4. A qué hospital prefiere ir

También nos ayudará si usted le pide a su médico una copia de las notas clínicas o expedientes médicos referentes a su condición para que nosotros podamos evaluarlos. Puede enviarlos por correo electrónico o por fax.

El personal de USA Medical Services fijará las citas para los exámenes y confirmará su cobertura con el médico y el hospital. Normalmente este proceso toma unos días una vez que tengamos toda la información necesaria.

Si su médico le indica que necesita cirugía, tratamiento ambulatorio o ser hospitalizado:

Llame o envíe un mensaje por correo electrónico a USA Medical Services.

Cuando nos contacte, necesitaremos la siguiente información:

1. La condición/síntomas que se están tratando
2. El tratamiento propuesto
3. El nombre del médico que hace la referencia médica
4. El médico y hospital a donde prefiere ir

De nuevo, si nos envía copias de las notas clínicas o expedientes médicos, podremos procesar su reclamo con mayor rapidez.

Una vez contemos con toda la información:

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

Al salir del hospital: Para procesar su reclamo, necesitamos el formulario de reclamo, los expedientes médicos, las facturas originales y las notas clínicas del caso. Usualmente recibimos estos documentos directamente del hospital. Sin embargo, si no obtenemos estos documentos y tenemos que solicitarlos, el proceso de su reclamo puede retrasarse.

Cuando su reclamo ha sido aprobado, confirmaremos las cantidades pagadas y le informaremos sobre cualquier cantidad que usted necesite pagar directamente al médico u hospital (por ejemplo, el deducible que eligió en su plan).

En la mayoría de los casos, USA Medical Services pagará directamente al médico y al hospital; sin embargo, hay ocasiones en las que esto no es posible. Este es usualmente el caso cuando el tratamiento tuvo lugar en un hospital que no forma parte de una Red de Hospitales Bupa, si usted no nos notificó sobre el tratamiento, o si necesitamos información adicional sobre su condición.

Si su médico recomienda terapia física o rehabilitación después de una cirugía:

Llame o envíe un mensaje por correo electrónico a USA Medical Services.

Cuando nos contacte, necesitaremos la siguiente información:

1. El plan para su terapia
2. El terapeuta que estará consultando

Su médico deberá proporcionar un programa de terapia que desglose cuántas sesiones terapéuticas son necesarias, y cuál es el progreso que se espera alcanzar. Necesitamos recibir este programa antes de aprobar la terapia.

Cómo presentar un reclamo después de su tratamiento

Si ha seguido los pasos correctos, estaremos en proceso de emitir un pago directo a su proveedor. Sin embargo, siempre hay circunstancias cuando esto no es posible y tendremos que enviarle un reembolso. En esos casos, hay ciertas directrices que debe seguir, como se indica a continuación.

Para agilizar el procesamiento de su reclamo, por favor siga los siguientes pasos:

1. Llene el Formulario de Reclamo. Puede encontrar una copia del Formulario de Reclamo en su kit informativo, o imprimir uno de nuestra página web www.bupalatinamerica.com
2. Adjunte todos los documentos relacionados con el tratamiento médico, si todavía no los ha enviado. Por ejemplo:
 - Reporte del médico
 - Resultados de diagnósticos y exámenes de laboratorio
 - Recetas médicas
 - Solicitud de equipo médico
3. Adjunte todos los recibos originales. Por ejemplo:
 - Facturas
 - Comprobantes de pago
4. Envíe la información a USA Medical Services:
 - Envíe el reclamo a más tardar 180 días después de la fecha de servicio.

USA Medical Services
7001 SW 97th Avenue, Miami, Florida 33173, USA
Tel. +1 (305) 275-1500 • Fax: +1 (305) 275-8555



Ofreciendo soluciones para asegurar
su salud en Latinoamérica y el Caribe



7001 Southwest 97th Avenue

Miami, Florida 33173

Teléfono: +1 (305) 398-7400

Fax: +1 (305) 275-8484

www.bupalatinamerica.com

bupa@bupalatinamerica.com