



## BUPA PANAMÁ S.A.

### Tabla de Beneficios

#### Bupa Global Premier Health Plan

Los destacados en **negrita** en este documento corresponden a términos definidos en el Glosario, así como a exclusiones, limitaciones y restricciones.

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

- El “**límite máximo**” o “agregado anual” – la máxima cantidad que la **Aseguradora** pagará en total por todos los beneficios, por cada **Asegurado**, por cada **año póliza**
- “De por vida” o “**límite vitalicio**” – la cantidad máxima del beneficio la **Aseguradora** pagará por cada **asegurado** durante su vida
- Limitaciones a los beneficios por sesiones, visitas o días o “sublímites” – la cantidad máxima que la **Aseguradora** pagará por ciertos beneficios específicos listados en la **Tabla de Beneficios**.

Todos los límites de los beneficios se aplican de forma individual para cada **asegurado**. Algunos límites aplican por **año póliza**, lo que significa que una vez que se ha alcanzado el límite, el beneficio ya no estará disponible hasta que renueve su **póliza** de seguro. Otros límites y sublímites aplican de forma vitalicia, lo que significa que una vez que se ha alcanzado el límite, no se pagarán más beneficios, independientemente de la **renovación** de la **póliza**.

La **Tabla de Beneficios** proporciona una explicación respecto de lo que está cubierto en su **póliza** y los límites de los beneficios. La cobertura máxima para todos los gastos médicos y hospitalarios cubiertos durante la vigencia de la **póliza** está sujeta a los términos y condiciones de esta **póliza**. A menos que se indique lo contrario, todos los beneficios son por **asegurado**, por **año póliza**.

#### Red de proveedores

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

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

Todas las cantidades relativas a los **beneficios cubiertos** y **deducibles** se entenderán referidas a dólares, moneda de curso legal de los Estados Unidos de América.

La **Aseguradora** pagará los gastos derivados de los **beneficios cubiertos** después de satisfecho el **deducible** anual correspondiente. A menos que se indique lo contrario, todos los beneficios están sujetos a **deducible**. Todos los **beneficios cubiertos** serán pagados por la **Aseguradora** considerando el gasto **usual, acostumbrado y razonable** para dicho **tratamiento** o servicio en el país donde se recibe dicho servicio médico cubierto.

A los **beneficios cubiertos** pueden aplicársele exclusiones o restricciones particulares y generales. Favor de consultar la Cláusula 2 Exclusiones y limitaciones de las Condiciones Generales de la Póliza antes de solicitar la cobertura de alguno de los beneficios descritos en la **Tabla de Beneficios**.

La **Aseguradora** sólo cubrirá como parte de los **beneficios cubiertos** aquellos procedimientos médicos que no sean experimentales; esto es que estén aprobados por la FDA (*Food and Drug Administration* de los Estados Unidos de América) o por el Ministerio de Salud de la República de Panamá o aprobados por la autoridad de salud competente en el país donde se recibe el **tratamiento** médico.

**Suma asegurada:** Cinco millones de dólares (US\$5,000,000). Todos los beneficios siguientes, incluso aquellos pagados en su totalidad, contribuirán al **límite máximo** total anual de la **póliza**.

Opciones de **deducible**:

Plan 1 Dos mil dólares (US\$2,000)  
 Plan 2 Tres mil quinientos dólares (US\$3,500)  
 Plan 3 Cinco mil dólares (US\$5,000)  
 Plan 4 Diez mil dólares (US\$10,000)

Hospitalización y Tratamiento en el Hospital	Cobertura
<p><b>Para todos los costos de pacientes internados y pacientes ambulatorios atendidos en el <b>hospital</b></b></p> <p><b>Alojamiento en el hospital y alimentos</b>          La <b>Aseguradora</b> pagará los gastos generados por la <b>hospitalización</b> y <b>tratamiento</b> hospitalario del <b>asegurado</b>, siempre y cuando:          exista una necesidad médica de permanecer en el <b>hospital</b>,          el <b>tratamiento</b> sea proporcionado o administrado por un <b>especialista</b>, y          • la duración de su estadía sea médicamente justificada.</p> <p><b>La Aseguradora no pagará por gastos extras de una habitación ejecutiva, suite, habitación de lujo o similares. Si los gastos del tratamiento están ligados a un tipo de habitación, la Aseguradora pagará el costo del tratamiento al precio que se cobraría si ocupara una suite.</b></p> <p>Para pacientes internados por 5 noches o más, el <b>asegurado</b> o su <b>médico</b> deberán enviar a la <b>Aseguradora</b> un reporte médico antes de la quinta noche, confirmando el diagnóstico, el <b>tratamiento</b> recibido, el <b>tratamiento</b> planificado y la fecha en la que se dará de alta.</p> <p>La <b>Aseguradora</b> pagará hasta veinte dólares (US\$20) por noche para gastos personales, tales como periódicos, renta de servicio de televisión y comidas para visitas.</p>	100% habitación privada
<p><b>Cama extra en el hospital para acompañante</b>          La <b>Aseguradora</b> cubrirá los gastos de cama extra para una persona acompañante, cuando el <b>asegurado</b> esté recibiendo un <b>tratamiento</b> cubierto.</p>	100% para una persona
<p><b>Derecho a pabellón, insumos, materiales clínicos y medicamentos</b>          La <b>Aseguradora</b> cubrirá los gastos generados por:          • la sala de operaciones,          • la sala de recuperación,          • medicamentos y material quirúrgico utilizado en la sala de operaciones o en la sala de recuperación, y          • medicamentos y material de curación utilizados mientras el <b>asegurado</b> esté internado en el <b>hospital</b>.          En todos los casos, los gastos generados deberán de estar médicamente justificados.</p>	100%
<p><b>Cuidados intensivos</b>          La <b>Aseguradora</b> cubrirá los gastos de <b>tratamiento</b> en la Unidad de Tratamiento Intensivo UTI), Unidad Coronaria y Unidad de Cuidados Intermedios (UCI) cuando sea <b>médicamente necesario</b> o cuando sea una parte esencial del <b>tratamiento</b>.</p>	100%
<p><b>Cirugía, incluyendo honorarios de equipo médico quirúrgico</b>          La <b>Aseguradora</b> pagará los gastos por concepto de cirugía, incluyendo los honorarios del cirujano, ayudante, arsenalero y anestesiólogo, así como los gastos pre y post operatorios que se generen dentro de la <b>hospitalización</b> cubierta por esta <b>póliza</b>.          Los honorarios de <b>médicos</b>, cirujanos, anestesistas, segundo cirujano, cirujanos asistentes, <b>especialistas</b> y cualquier otro honorario médico solamente están cubiertos cuando sean <b>médicamente necesarios</b> durante la cirugía o <b>tratamiento</b>.</p>	100%

<p>Los honorarios del anestesiólogo se pagarán de acuerdo con:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. El 30% de los gastos <b>usuales, acostumbrados y razonables</b> del cirujano principal para el procedimiento quirúrgico, o</li> <li>2. El 30% de los honorarios aprobados para el cirujano principal por el procedimiento quirúrgico, o</li> <li>3. Las tarifas especiales establecidas por la <b>Aseguradora</b> para un área o país determinado.</li> </ol> <p>Los honorarios del cirujano asistente se pagarán de acuerdo con:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. El 20% de los gastos <b>usuales, acostumbrados y razonables</b> del cirujano principal para el procedimiento quirúrgico, o</li> <li>2. El 20% de los honorarios aprobados para el cirujano principal por el procedimiento quirúrgico, o</li> <li>3. Las tarifas especiales establecidas por la <b>Aseguradora</b> para un área o país determinado.</li> </ol> <p>Si más de un médico o cirujano asistente es necesario, la cobertura máxima de todos los médicos o cirujanos asistentes en conjunto no excederá el 20% de los honorarios del cirujano principal para el procedimiento quirúrgico.</p>	
<p><b>Exámenes de patología, radiología y diagnóstico</b></p> <p>La <b>Aseguradora</b> cubrirá el costo de estudios de laboratorio, imagenología y <b>exámenes de diagnóstico</b>, siempre y cuando sean prescritos por un <b>especialista</b> para ayudar a diagnosticar o evaluar el estado de salud cuando el <b>asegurado</b> esté hospitalizado.</p> <p><b>Exclusiones y restricciones:</b> Consultar las Cláusulas 2.22 y 2.37.</p>	100%
<p><b>Fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, quinesiólogos, fonoaudiólogos y nutricionistas</b></p> <p>La <b>Aseguradora</b> pagará los gastos derivados del <b>tratamiento</b> suministrado por fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, <b>quinesiólogos, fonoaudiólogos y nutricionistas</b> si se requiere como parte de su <b>tratamiento</b> hospitalario. Lo anterior será procedente, siempre y cuando estos <b>tratamientos</b> no sean el único motivo de su <b>hospitalización</b> y la <b>enfermedad o dolencia</b> principal se encuentre debidamente cubierto bajo esta <b>póliza</b>.</p> <p><b>Cualquier tratamiento cubierto bajo este beneficio durante la hospitalización requerirá autorización previa de la Aseguradora. La Aseguradora se reserva el derecho de no pagar los gastos a menos de que la autorización previa haya sido otorgada.</b></p> <p><b>Exclusiones y restricciones:</b> Consultar las Cláusulas 2.16, 2.26 y 2.47.</p>	100%
<p><b>Cirugía por obesidad (período de espera de 24 meses)</b></p> <p>La <b>Aseguradora</b> podrá cubrir este <b>tratamiento</b>, sujeto a los criterios siguientes si el <b>asegurado</b>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tiene un índice de masa corporal (IMC) de 40 o más y se le ha diagnosticado obesidad mórbida,</li> <li>• Tiene un IMC entre 35 y 40 y tiene un problema de salud serio relacionado con su peso,</li> <li>• Presenta evidencia documentada y firmada por el <b>médico</b> tratante de que ya intentó otros métodos para perder peso durante los últimos 24 meses, y</li> <li>• Ha pasado por una evaluación psicológica que ha confirmado que es apropiado para el <b>asegurado</b> someterse al procedimiento.</li> </ul> <p>La técnica quirúrgica a utilizar deberá ser evaluada y autorizada</p>	100%

<p>previamente por el contralor médico de la <b>Aseguradora</b>.</p> <p><b>Importante:</b> El <b>asegurado</b> deberá comunicarse con la <b>Aseguradora</b> para recibir autorización previa antes de someterse al <b>tratamiento</b>. <b>La Aseguradora se reserva el derecho de no pagar los gastos a menos de que la autorización previa haya sido otorgada.</b></p> <p><b>Exclusiones y restricciones:</b> Consultar la Cláusula 2.47.</p>	
<p><b>Cirugía preventiva</b></p> <p>La <b>Aseguradora</b> pagará los gastos de cirugía preventiva sujeto a los criterios de las políticas médicas de la <b>Aseguradora</b>.</p> <p>El <b>asegurado</b> deberá comunicarse con la <b>Aseguradora</b> para recibir autorización previa antes de someterse al <b>tratamiento</b>. <b>La Aseguradora se reserva el derecho de no pagar los gastos a menos de que la autorización previa haya sido otorgada.</b></p>	100%
<p><b>Prótesis</b></p> <p>La <b>Aseguradora</b> pagará una prótesis siempre que sea necesaria como parte del <b>tratamiento</b>. Las prótesis cubiertas incluyen partes del cuerpo externas artificiales, como una prótesis de extremidad o una prótesis de oído.</p> <p>La <b>Aseguradora</b> no pagará por cualquier reemplazo de prótesis para adultos, incluyendo cualquier reemplazo de prótesis requerido en relación con una enfermedad o dolencia preexistente. La <b>Aseguradora</b> pagará por la prótesis inicial y hasta por dos reemplazos de prótesis para niños menores de 18 años y en el caso de adultos, los dos reemplazos aquí señalados serán procedentes solo si la prótesis inicial fue cubierta por la <b>Aseguradora</b>.</p>	100%
<p><b>Implantes prostéticos y órtesis</b></p> <p>La <b>Aseguradora</b> cubrirá los gastos relacionados con los siguientes implantes prostéticos y órtesis:</p> <p>Implantes prostéticos (entre otros):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• para reemplazar articulación o ligamento</li> <li>• para reemplazar válvula cardíaca</li> <li>• para reemplazar la aorta o un vaso sanguíneo arterial</li> <li>• para reemplazar un músculo del esfínter</li> <li>• para reemplazar el cristalino o la córnea del ojo</li> <li>• para controlar incontinencia urinaria o control de la vejiga</li> <li>• marcapasos (la disponibilidad del desfibrilador cardíaco interno está sujeta a autorización previa)</li> <li>• para remover exceso de líquidos en el cerebro</li> <li>• implante coclear, si el implante inicial fue injertado antes de la edad de 5 años y estuvo cubierto por esta <b>póliza</b>, la <b>Aseguradora</b> pagará el mantenimiento subsecuente y los reemplazos para restablecer la función de las cuerdas bucales cuando son afectadas como consecuencia de una cirugía por cáncer.</li> </ul> <p>Órtesis (entre otros):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• una rodillera que es parte esencial de una <b>operación quirúrgica</b> para la reparación de un ligamento cruzado</li> <li>• soporte en la columna vertebral que sea requerido como consecuencia de una <b>operación quirúrgica</b> de columna vertebral.</li> <li>• fijador externo que se requiera como consecuencia de una fractura expuesta o por una cirugía en cabeza o cuello</li> </ul>	100%

<p><b>Los implantes prostéticos y órtesis deben ser notificados a la Aseguradora previamente. De lo contrario, los gastos serán pagados o reembolsados al costo usual, acostumbrado y razonable que hubiese incurrido la Aseguradora.</b></p>	
<p><b>Cirugía reconstructiva</b>  La <b>Aseguradora</b> cubrirá los gastos relacionados con cualquier <b>tratamiento</b> para restaurar la apariencia física del <b>asegurado</b> después de un <b>accidente, enfermedad o dolencia, lesión</b> o cirugía. La <b>Aseguradora</b> podrá pagar por la cirugía cuando la <b>enfermedad o dolencia, lesión</b> o cirugía y la cirugía reconstructiva ocurran durante su cobertura vigente y continua.</p> <p>El <b>asegurado</b> deberá comunicarse con la <b>Aseguradora</b> para recibir autorización previa antes de someterse al <b>tratamiento</b>. La <b>Aseguradora se reserva el derecho de no pagar los gastos a menos de que la autorización previa haya sido otorgada.</b></p> <p><b>Nota:</b> Si el <b>médico</b> del <b>asegurado</b> recomienda <b>tratamiento</b> cosmético para corregir un problema funcional, por ejemplo, exceso de tejido en el ojo que interrumpe la visión, el <b>asegurado</b> deberá comunicarse con la <b>Aseguradora</b> para recibir la autorización previa, ya que el caso será evaluado por el equipo médico de la <b>Aseguradora</b>. De ser aprobado, los beneficios se pagarán de acuerdo con las reglas y beneficios establecidos en esta <b>Tabla de Beneficios</b>.</p> <p><b>Exclusiones y restricciones:</b>  Consultar las Cláusulas 2.10 y 2.26.</p>	100%
<p>Cuidados para Pacientes Internados y/o Pacientes Ambulatorios</p> <p><b>Imagenología avanzada</b>  La <b>Aseguradora</b> cubrirá los gastos de estudios de imágenes avanzadas, tales como:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• estudios de imagen por resonancia magnética (IRM)</li> <li>• tomografía computarizada (TC)</li> <li>• tomografía por emisión de positrones (PET)</li> </ul> <p>Los estudios deberán ser prescritos por el <b>médico o doctor</b> del <b>asegurado</b> como parte del diagnóstico o <b>tratamiento</b> de condiciones cubiertas.</p>	<p>Cobertura</p> <p>100%</p>
<p><b>Condiciones congénitas</b>  La cobertura para condiciones congénitas y hereditarias bajo esta <b>póliza</b> es la siguiente:</p> <p>(a) El beneficio máximo definido para esta cobertura cuyas condiciones se manifiesten antes de que el <b>asegurado</b> cumpla los 18 años de edad, incluyendo cualquier otro beneficio ya pagado bajo alguna otra <b>póliza</b> o anexo adicional de la <b>Aseguradora</b>, después de satisfacer el <b>deducible</b> correspondiente.</p> <p>(b) La cobertura para condiciones que se manifiesten en el <b>asegurado</b> a los 18 años de edad o posteriormente.</p>	<p>(a) US\$500,000.00</p> <p>(b) 100%</p>
<p><b>Tratamiento contra el cáncer</b>  La <b>Aseguradora</b> cubrirá los gastos derivados de cualquier <b>tratamiento</b> contra el cáncer, una vez que sea diagnosticado, incluyendo trasplante de médula ósea, honorarios que se relacionen específicamente para planificar y llevar a cabo el <b>tratamiento</b> contra el cáncer, exámenes de laboratorio, estudios de imagenología para diagnóstico, consultas y medicamentos recetados.</p>	100%

<p>El <b>asegurado</b> deberá comunicarse con la <b>Aseguradora</b> para recibir autorización previa antes de someterse al <b>tratamiento</b>. La <b>Aseguradora se reserva el derecho de no pagar los gastos a menos de que la autorización previa haya sido otorgada.</b></p> <p><b>Exclusiones y restricciones:</b> Consultar la Cláusula 2.43.</p> <p><b>La Aseguradora no cubre los gastos relacionados con tratamientos o medicamentos experimentales cuando sean suministrados como parte de una prueba clínica registrada y estos gastos son cubiertos por un patrocinador de la prueba clínica.</b></p>	
<p><b>Servicio de trasplantes</b> La <b>Aseguradora</b> cubrirá todos los gastos médicos relacionados con el <b>trasplante</b>, incluyendo consultas con <b>médicos o especialistas</b> y <b>tratamiento</b> médico cuando el <b>asegurado</b> se encuentre internado en el <b>hospital</b> o como <b>paciente ambulatorio</b>, siempre y cuando el órgano provenga de una donación verificada y certificada para los siguientes <b>trasplantes</b>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• córnea</li> <li>• intestino delgado</li> <li>• riñón</li> <li>• riñón/páncreas</li> <li>• hígado</li> <li>• corazón</li> <li>• pulmón</li> <li>• corazón/pulmón</li> <li>• médula ósea (no relacionado con cáncer)</li> </ul> <p>Los gastos de los medicamentos contra el rechazo y gastos médicos para <b>trasplante</b> de médula ósea y <b>trasplantes</b> de células madres periféricas, con o sin altas dosis de quimioterapia para tratar el cáncer, están cubiertos bajo el beneficio de <b>tratamiento</b> de cáncer.</p> <p>La <b>Aseguradora</b> cubrirá los gastos del <b>donante</b> para cada condición médica que requiera de un <b>trasplante</b>, tanto si el <b>donante</b> está <b>asegurado</b> o no, incluyendo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• la recolección del órgano, ya sea de un <b>donante</b> vivo o muerto,</li> <li>• los gastos por compatibilidad de tejidos</li> <li>• los gastos de <b>hospital</b>/operación del <b>donante</b>, y</li> <li>• cualquier complicación del <b>donante</b>, hasta por un máximo de 30 días de post operación únicamente</li> </ul> <p><b>Exclusiones y restricciones:</b> Consultar las Cláusulas 2.9 y 2.34.</p>	<p>US\$1,000,000por diagnóstico, de por vida</p>
<p><b>Diálisis renal</b> La <b>Aseguradora</b> pagará la diálisis renal para paciente hospitalizado o <b>paciente ambulatorio</b>.</p>	<p>100%</p>
<p><b>Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) (período de espera de 1 año)</b> La <b>Aseguradora</b> cubrirá la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y los gastos derivados de la infección de (VIH y SIDA, siempre y cuando los anticuerpos VIH (seropositivos) o el virus del SIDA no hayan sido detectados o se hayan manifestado antes de completar el período de espera.</p>	<p>US\$500,000 de por vida</p>
<p><b>Cobertura para actividades y deportes peligrosos</b></p>	<p>100%</p>



<p>Los costos relacionados con <b>tratamientos</b> derivados de la práctica de <b>actividades y deportes peligrosos</b> de forma amateur están cubiertos bajo esta <b>póliza</b>.</p> <p><b>Exclusiones y restricciones:</b> Consultar la Cláusula 2.6.</p>	
<p>Tratamiento Ambulatorio</p> <p><b>Cirugía ambulatoria</b> La <b>Aseguradora</b> cubrirá los gastos relacionados con cirugía ambulatoria.</p>	<p>Cobertura</p> <p>100%</p>
<p><b>Exámenes de patología, radiología y diagnóstico</b> La <b>Aseguradora</b> pagará los gastos derivados de <b>exámenes de diagnóstico</b> y laboratorio cuando dichos estudios sean prescritos por un <b>médico o doctor</b> para documentar el diagnóstico o para evaluar su estado de salud posterior a un <b>tratamiento</b> médico:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Estudios de laboratorio, exámenes de patología e imagenología</li> <li>• <b>Exámenes de diagnóstico</b>, como electrocardiogramas (ECG)</li> </ul> <p><b>Exclusiones y restricciones:</b> Consultar las Cláusulas 2.22 y 2.37.</p>	100%
<p><b>Honorarios médicos</b> La <b>Aseguradora</b> pagará los honorarios por concepto de consulta con <b>especialistas, médicos o doctores</b> para:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Proponer un <b>tratamiento</b></li> <li>• Dar seguimiento al <b>tratamiento</b> recibido previamente</li> <li>• Recibir consultas o <b>tratamientos</b> pre y post hospitalarios</li> <li>• Prescribir medicamentos</li> <li>• Efectuar el diagnóstico relacionado con los <b>síntomas</b> manifestados</li> </ul> <p><b>Exclusiones y restricciones:</b> Consultar las Cláusulas 2.14, 2.18 y 2.40.</p>	100%
<p><b>Enfermeros profesionales</b> La <b>Aseguradora</b> cubrirá los gastos relacionados al cuidado de enfermeros profesionales calificados para administrar medicamentos por inyección, colocar vendajes o brindar un servicio que requiere especialización y sea <b>medicamento necesario</b>.</p>	100%, máximo 30 visitas
<p><b>Fisioterapeutas, osteópatas y quiroprácticos</b> La <b>Aseguradora</b> cubrirá los honorarios relacionados con consultas y <b>tratamiento</b> de fisioterapeutas, osteópatas y quiroprácticos profesionales calificados para realizar terapias físicas con el objeto de restaurar la función física normal del <b>asegurado</b>.</p>	100%, máximo 30 visitas
<p><b>Podología</b> La <b>Aseguradora</b> cubrirá los honorarios relacionados con el <b>tratamiento</b> realizado por un podiatra, quiropodista o <b>especialista</b> profesional calificado en ortopedia, posterior a un diagnóstico y que forme parte del <b>tratamiento</b> prescrito por el <b>médico</b> tratante.</p>	100%, máximo 30 visitas
<p><b>Consultas medicina alternativa</b> Consultas y <b>tratamiento</b> con profesionales calificados en naturopatía, homeopatía y medicina china debidamente registrados para ejercer en el país donde se recibe el <b>tratamiento</b>.</p> <p><b>Nota: Si cualquier medicina complementaria o tratamiento es proporcionado o llevado a cabo en una fecha diferente a la fecha de consulta, estos costos serán considerados como una consulta</b></p>	100%, máximo 15 visitas

<b>independiente.</b> <b>Exclusiones y restricciones:</b> Consultar la Cláusula 2.32.	
<b>Medicamentos y materiales de curación con receta médica</b> La <b>Aseguradora</b> pagará los medicamentos y materiales de curación con receta médica siempre que sean prescritos por un <b>médico o doctor</b> de forma previa y que sean necesarios para tratar una <b>lesión, enfermedad o dolencia</b> .	100%
<b>Equipo médico durable</b> La <b>Aseguradora</b> cubrirá los gastos derivados de la utilización de <b>equipo médico durable</b> y sus componentes siempre y cuando: <ul style="list-style-type: none"> <li>• sea prescrito por un <b>médico</b></li> <li>• cumpla con la definición de <b>equipo médico durable</b></li> <li>• sea notificado a la <b>Aseguradora</b> previamente</li> </ul> <b>Si no se notifica previamente, los gastos serán pagados o reembolsados al costo usual, acostumbrado y razonable que hubiese incurrido la Aseguradora. La Aseguradora no pagará por los componentes que no sean indispensables para el uso del equipo médico durable.</b>	100%
<b>Asesoría nutricional</b> La <b>Aseguradora</b> pagará por consultas con un <b>nutricionista</b> si la asesoría nutricional está relacionada con una <b>enfermedad o dolencia</b> cubierta bajo la <b>póliza</b> .	100%, máximo 4 visitas
<b>Centros de Atención de Urgencias y Clínicas de Conveniencia en EE.UU.</b> La <b>Aseguradora</b> pagará los gastos derivados del <b>tratamiento</b> en los centros de atención de urgencias y clínicas de conveniencia en los Estados Unidos de América que sean necesarios para tratar <b>una lesión, enfermedad o dolencia</b> cubierta bajo la <b>póliza</b> . <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sujeto a un copago del US\$50</li> <li>• No sujeto a <b>deducible</b></li> </ul>	100%
Salud Mental	Cobertura
<b>Salud mental durante la hospitalización</b> La <b>Aseguradora</b> pagará los gastos derivados del <b>tratamiento psiquiátrico y/o psicológico</b> , siempre y cuando sea <b>médicamente necesario</b> , producto de una <b>enfermedad o dolencia</b> cubierta, y la terapia se otorgue durante la estadía en el <b>hospital</b> . Cualquier <b>tratamiento psiquiátrico y/o psicológico</b> cuando el <b>asegurado</b> esté hospitalizado durante 5 días o más requiere de autorización previa de la <b>Aseguradora</b> . <b>La Aseguradora se reserva el derecho de no pagar los gastos a menos de que la autorización previa haya sido otorgada.</b> <b>Exclusiones y restricciones:</b> Consultar las Cláusulas 2.27 y 2.44.	100%, máximo 90 visitas de por vida
<b>Salud mental en ambulatorio</b> La <b>Aseguradora</b> pagará los honorarios en el consultorio del <b>psiquiatra, psicólogo o psicoterapeuta</b> . <b>Exclusiones y restricciones:</b> Consultar las Cláusulas 2.16, 2.27 y 2.44.	100%, máximo 30 visitas
Embarazo y Parto	Cobertura



<p><b>Embarazo/parto – Solo Planes 1 (Deducible US\$2,000) y 2 (Deducible US\$3,500) (período de espera de 10 meses):</b></p> <p>La <b>Aseguradora</b> pagará solamente a la <b>Asegurada Titular</b>, cónyuge o pareja <b>dependiente</b> los gastos derivados del embarazo, parto y <b>complicaciones del embarazo</b>, del parto y del <b>recién nacido</b> hasta el límite establecido en este beneficio al concluir el período de espera.</p> <p>Esta cobertura no aplica para ninguna otra <b>asegurada dependiente</b>. Para disfrutar de este beneficio, la <b>asegurada dependiente</b> que no sea cónyuge o pareja <b>dependiente</b> deberá optar por una <b>póliza</b> independiente donde sea la <b>Asegurada Titular</b> de forma previa al nacimiento de su hijo y la fecha estimada de parto sea por lo menos diez (10) meses calendario después de la <b>fecha del inicio de vigencia</b> para la respectiva <b>asegurada</b>.</p> <p><b>Exclusiones y restricciones:</b> Consultar las Cláusulas 2.9, 2.14, 2.30 y 2.40.</p>	
--	--

<p><b>Parto normal y cesárea electiva en el hospital o clínica – Solo Planes 1 (Deducible US\$2,000) y 2 (Deducible US\$3,500) (período de espera de 10 meses)</b></p> <p>La <b>Aseguradora</b> cubrirá a la <b>Asegurada Titular</b>, cónyuge o pareja <b>dependiente</b>. No aplica <b>deducible</b>.</p> <p>El <b>tratamiento</b> de maternidad y parto incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• cargos de hospitales, honorarios de equipo médico, obstetras y matronas por parto natural o cesárea electiva,</li> <li>• cuidados post natales requeridos por la madre inmediatamente después del parto natural o cesárea electiva, como suturas, y</li> <li>• hasta 7 días de cuidado rutinario para el <b>recién nacido</b></li> </ul>	US\$7,000
---	-----------

<p><b>Cesárea médicamente necesaria – Solo Planes 1 (Deducible US\$2,000) y 2 (Deducible US\$3,500) (período de espera de 10 meses)</b></p> <p>La <b>Aseguradora</b> cubrirá a la <b>Asegurada Titular</b> o cónyuge o pareja <b>dependiente</b> por gastos de <b>hospital</b>, honorarios del obstetra y otros honorarios médicos relacionados con el costo de parto por cesárea cuando la cesárea sea médicamente necesaria. No aplica <b>deducible</b>.</p>	US\$7,000
--	-----------

<p><b>Tratamiento pre y post natal – Solo Planes 1 (Deducible US\$2,000) y 2 (Deducible US\$3,500) (período de espera de 10 meses)</b></p> <p>Una vez transcurridos los 10 meses cumplidos de cobertura continua bajo la <b>póliza</b>, la <b>Aseguradora</b> cubrirá a la <b>Asegurada Titular</b>, cónyuge o pareja <b>dependiente</b> por los cuidados de maternidad y <b>tratamiento</b> antes y después del parto.</p>	Cubierto bajo el beneficio de embarazo/parto
---	--

<p><b>Complicaciones del embarazo y parto – Solo Planes 1 (Deducible US\$2,000) y 2 (Deducible US\$3,500) (período de espera de 10 meses)</b></p> <p>La <b>Aseguradora</b> cubrirá a la <b>Asegurada Titular</b>, cónyuge o pareja <b>dependiente</b> por los gastos relacionados con cualquier <b>tratamiento</b> que sea <b>médicamente necesario</b> como resultado directo de <b>complicaciones del embarazo</b> o parto. No aplica <b>deducible</b>.</p> <p>Por <b>complicaciones del embarazo</b> o <b>complicaciones del recién nacido durante el parto</b> se entienden aquellas condiciones que solamente surgen como resultado directo del embarazo o parto; por ejemplo, preclamsia, amenaza de aborto espontáneo, diabetes gestacional, muerte fetal o del <b>recién nacido</b>.</p> <p>Este beneficio se encuentra sujeto a autorización previa de la <b>Aseguradora</b>. La <b>asegurada</b> deberá contactar a la <b>Aseguradora</b> para recibir autorización previa si es posible. Si requiere <b>hospitalización de emergencia</b> como resultado directo de <b>complicaciones del embarazo</b> o parto, la <b>asegurada</b> deberá comunicarse con la <b>Aseguradora</b> dentro de las 48 horas después de haber sido hospitalizada.</p>	US\$500,000 de por vida
---	-------------------------

#### Incorporación del recién nacido en la póliza

Para que el **recién nacido** de un embarazo cubierto disfrute de cobertura bajo esta **póliza** sin necesidad de requisitos adicionales de evaluación de riesgo, el **Asegurado Titular** y/o **contratante** deberá presentar dentro de los primeros 90 días después del parto un acta o certificado de nacimiento que contenga el nombre completo del **recién nacido**, su sexo, talla y peso, la fecha de su nacimiento y el nombre de los padres.

Si la notificación no es recibida durante los 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 incorporación del **recién nacido** en la **póliza** queda sujeta a la obligación de pago de la prima correspondiente. La cobertura por **complicaciones del recién nacido durante el parto** está limitada al beneficio máximo descrito bajo el beneficio de “**complicaciones del embarazo y parto**”.

Si el **recién nacido** nace de un embarazo no cubierto, se le podrá agregar a la **póliza** cumpliendo con la obligación de pago de la prima y el envío de una **solicitud de seguro de salud**, la cual estará sujeta a evaluación de riesgo por parte de la **Aseguradora**. Sin embargo, si alguno de los padres del **recién nacido** tiene por lo menos 10 meses cumplidos de cobertura continua en esta **póliza**, el **recién nacido** podrá ser dado de alta en la misma **póliza** sin evaluación de riesgo previa, siempre y cuando se presente el acta o certificado de nacimiento dentro de los primeros 90 días después del parto, excepto cuando el **recién nacido** es adoptado o ha nacido de una maternidad subrogada.

#### Transporte y Viajes

#### Cobertura

##### Viajes de traslado

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

La cobertura por repatriación le ofrece al **asegurado** la opción adicional de volver a su **país de residencia** especificado o al **país de nacionalidad** especificado para ser tratado en un entorno familiar, cuando el **tratamiento** que necesita no está disponible en un lugar cercano.

Para todos los traslados médicos y evacuaciones:

- el **asegurado** debe contactar a la **Aseguradora** para recibir autorización previa antes de su traslado,
- el **tratamiento** debe ser recomendado por el **especialista** o **médico** tratante del **asegurado**,
- el **tratamiento** no debe estar disponible en un lugar cercano,
- el **tratamiento** debe estar cubierto bajo esta **póliza**,
- la **Aseguradora** coordinará el traslado con el **asegurado**, y
- el beneficio aplica para **tratamiento** en **hospital**, tanto como **paciente ambulatorio** u hospitalizado. La evacuación exclusivamente (no la repatriación) podrá ser autorizada si el **asegurado** necesita imagenología avanzada o **tratamiento** contra el cáncer, como radioterapia o quimioterapia.

La **Aseguradora** no es el proveedor de traslado y otros servicios establecidos en la sección de Viajes de traslado, pero coordinará estos servicios para el **asegurado**. En algunos países, la **Aseguradora** podrá usar a socios proveedores de servicios para coordinar estos servicios localmente, pero la **Aseguradora** siempre estará con el **asegurado** para apoyarle.

##### Exclusiones y restricciones:

- La **Aseguradora** no pagará por noches extra en el hospital cuando el asegurado ya no esté recibiendo tratamiento activo que requiera que esté hospitalizado; por ejemplo, cuando está esperando su vuelo de regreso.
- La **Aseguradora** no aprobará un viaje de traslado que, dentro de la opinión razonable de la **Aseguradora**, sea inapropiado basado en prácticas médicas y clínicas establecidas. Adicionalmente, la **Aseguradora** se reserva el derecho de realizar una investigación del caso cuando sea razonable. La evacuación o repatriación no será autorizada si va en contra de la recomendación del equipo médico de la **Aseguradora**.
- La **Aseguradora** no podrá coordinar una evacuación o repatriación cuando la situación local lo haga imposible, sea irrazonablemente peligroso, o el área lo haga impráctico; por ejemplo, una plataforma petrolera, dentro de una zona de guerra, en áreas geográficamente remotas,

o rescate en alta montaña. Tales intervenciones dependen y están sujetas a los recursos disponibles local y/o internacionalmente y deberán permanecer dentro del marco nacional e internacional legal y regulatorio. Las intervenciones pueden estar sujetas al otorgamiento de autorizaciones requeridas que son emitidas por diversas autoridades involucradas, que podrán estar fuera del control o influencia de la Aseguradora o de nuestros socios proveedores de servicios.

- La Aseguradora no será responsable por cualquier retraso o restricción en conexión con el viaje de traslado ocasionado por condiciones climatológicas, problemas mecánicos, restricciones impuestas por autoridad pública o por el piloto o cualquier otra condición fuera del control de la Aseguradora.
- La Aseguradora solo pagará por los viajes de traslado coordinados y autorizados previamente por la Aseguradora. Los gastos de viaje de traslado cubiertos bajo esta póliza pero que no sean coordinados por la Aseguradora serán pagados por una cantidad equivalente a los costos que la Aseguradora habría pagado si la Aseguradora hubiera coordinado el traslado.

#### Evacuación médica

Evacuación médica hospitalaria: La **Aseguradora** cubrirá los gastos de viaje de traslado para una evacuación médica cuando el **asegurado** se encuentre hospitalizado para recibir atención médica hacia el lugar apropiado más cercano en donde el **tratamiento** médico necesario esté disponible (en territorio nacional o en el extranjero) y el regreso al lugar de donde fue trasladado.

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

La **Aseguradora** cubrirá los costos para el viaje de regreso que sean más económicos entre:

- El costo razonable del viaje de regreso por tierra o por mar, o
- El costo de un boleto comercial por una aerolínea en clase turista.

**La Aseguradora no pagará ningún otro costo relacionado con el traslado, como gastos de traslado diferentes a los aquí mencionados o el alojamiento de hotel.**

100%

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

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

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

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

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

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

La **Aseguradora** cubrirá los costos para el viaje de regreso que sean más económicos entre:

100%

<ul style="list-style-type: none"> <li>• el costo razonable del viaje de regreso por tierra o por mar, o</li> <li>• el costo de un boleto en una aerolínea comercial en clase turista.</li> </ul> <p><b>La Aseguradora no cubrirá los costos del viaje para el acompañante cuando la evacuación o repatriación se haga para que el asegurado reciba tratamiento como paciente ambulatorio.</b></p>	
<p><b>Costos de alimentación y transporte para acompañante</b></p> <p>La <b>Aseguradora</b> cubrirá los costos de alimentación y transporte indispensables de un familiar (esposo(a) o pareja, hijo(a), hermano(a)) que esté autorizado para viajar con el <b>asegurado</b>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• únicamente durante una evacuación, y</li> <li>• por hasta 10 días o hasta el día de alta del <b>asegurado</b>, cualquiera que sea primero, mientras el familiar del <b>asegurado</b> se encuentre fuera de su <b>país de residencia</b> habitual.</li> </ul> <p><b>La Aseguradora no cubrirá los costos del acompañante cuando la evacuación se haga para que el asegurado reciba tratamiento como paciente ambulatorio.</b></p>	<p>US\$150 por día; máximo 10 días por <b>año póliza</b></p>
<p><b>Costos de viaje de traslado de niños</b></p> <p>La <b>Aseguradora</b> cubrirá los costos de viaje de traslado razonables para que los hijos del <b>asegurado</b> sean trasladados junto con el <b>asegurado</b> en caso de su evacuación o repatriación, siempre y cuando los hijos sean menores de 18 años, y cuando:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• sea <b>médicamente necesario</b> que el <b>asegurado</b> (el padre o madre o guardián de los niños), sea evacuado o repatriado,</li> <li>• el(la) esposo(a), pareja u otro guardián que comparta la custodia de los niños, esté acompañando también al <b>asegurado</b>, y</li> <li>• que de no trasladarlos, los niños quedarían sin un padre, madre o apoderado.</li> </ul>	<p>100%</p>
<p><b>Ambulancia aérea local</b></p> <p>La <b>Aseguradora</b> cubrirá los gastos por la utilización de los servicios de <b>ambulancia aérea</b> local utilizada para transportar al <b>asegurado</b>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• de la ubicación de un <b>accidente</b> o centro de esquí al <b>hospital</b>, o</li> <li>• para el traslado de un <b>hospital</b> a otro</li> </ul> <p>Será procedente esta cobertura cuando la <b>ambulancia aérea</b> sea:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• médicamente necesaria,</li> <li>• utilizada para distancias cortas de hasta 100 millas/160 kilómetros, y</li> <li>• relacionada al <b>tratamiento</b> cubierto que el <b>asegurado</b> necesite recibir en el <b>hospital</b></li> </ul> <p>Este beneficio debe ser aprobado previamente por la <b>Aseguradora</b>. <b>La Aseguradora se reserva el derecho de no pagar los gastos a menos de que la autorización previa haya sido otorgada.</b></p>	<p>100%</p>
<p><b>Ambulancia terrestre local</b></p> <p>La <b>Aseguradora</b> cubrirá los gastos por la utilización de los servicios de <b>ambulancia terrestre</b> local utilizada para transportar al <b>asegurado</b>: de la ubicación de un <b>accidente</b> al <b>hospital</b>, para el traslado de un <b>hospital</b> a otro, o de su casa al <b>hospital</b></p> <p>Cuando una <b>ambulancia terrestre</b> local sea:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• médicamente necesaria, y</li> <li>• relacionada al <b>tratamiento</b> cubierto y que el <b>asegurado</b> necesite recibir en el <b>hospital</b></li> </ul>	<p>100%</p>
<p><b>Repatriación de restos mortales</b></p>	<p>100%</p>

<p>La <b>Aseguradora</b> cubrirá los gastos razonables para el traslado del cuerpo o restos mortales cremados del <b>asegurado</b> a su <b>país de nacionalidad</b> o a su <b>país de residencia</b>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• en el caso de su fallecimiento mientras esté fuera de su <b>país de residencia</b>, y</li> <li>• sujeto a los requerimientos y restricciones de la aerolínea</li> </ul> <p>La <b>Aseguradora</b> sólo pagará por los arreglos reglamentarios, como la cremación, urna, embalsamamiento y ataúd de zinc cuando sea requerido por las autoridades de la aerolínea para poder llevar a cabo el traslado.</p> <p>La <b>Aseguradora</b> no pagará por ningún otro costo relacionado con el entierro o la cremación, el costo de ataúd para entierro, etc., ni los costos de traslado para que alguien recolecte o acompañe los restos mortales del <b>asegurado</b>.</p>	
--	--

Tratamiento Dental	Cobertura
<p><b>Tratamiento dental relacionado con accidentes</b></p> <p>La <b>Aseguradora</b> cubrirá los gastos generados por el <b>tratamiento</b> dental <b>médicamente necesario</b> derivado de un <b>accidente</b> cubierto, siempre y cuando el primer gasto se genere dentro de los 30 días siguientes al <b>accidente</b>.</p>	100%

<p><b>Tratamiento dental (período de espera de 6 meses) (*)</b></p> <p>La <b>Aseguradora</b> cubrirá los gastos por:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• rellenos</li> <li>• <b>tratamiento</b> del conducto radicular</li> <li>• radiografía</li> <li>• extracción dental</li> <li>• anestesia</li> </ul>	80% hasta US\$1,000
---	---------------------

<p><b>Restauración mayor no estética (período de espera de 6 meses) (*)</b></p> <p>La <b>Aseguradora</b> cubrirá los gastos derivados de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• puentes</li> <li>• coronas</li> <li>• implantes dentales</li> <li>• dentaduras postizas</li> </ul>	80% hasta US\$1,000
---	---------------------

(\*) Sujeto al 20% de coaseguro

Tratamiento Preventivo	Cobertura
<p><b>Examen de salud general (período de espera de 10 meses)</b></p> <p>La <b>Aseguradora</b> pagará por un examen de salud general una vez que el <b>asegurado</b> haya estado cubierto bajo esta <b>póliza</b> por 10 meses consecutivos. No aplica <b>deducible</b>.</p> <p>El examen de salud general normalmente incluye varios exámenes de rutina realizados para evaluar el estado de salud, y que podrán incluir exámenes para analizar los niveles de colesterol y azúcar en la sangre (glucosa), exámenes de función hepática y renal, medición de la presión arterial y una evaluación de riesgo cardíaco. También podrá incluir pruebas específicas para medir el riesgo de cáncer de mama, cervical, de próstata y colorrectal, así como pruebas de densidad ósea.</p>	US\$800

<p><b>Vacunas (*)</b></p> <p>La <b>Aseguradora</b> cubrirá los gastos por la aplicación de las siguientes vacunas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• vacunas que sean recomendadas como parte de los programas nacionales de inmunización de niños en Panamá</li> </ul>	80% hasta US\$800
--	-------------------

<ul style="list-style-type: none"> <li>• vacuna del Virus del Papiloma Humano (VPH) para proteger contra el cáncer cervical</li> <li>• vacuna contra la influenza (gripe)</li> <li>• vacunas legalmente exigidas para viajes</li> <li>• vacunas contra el neumococo</li> <li>• medicinas contra la malaria</li> </ul>	
---	--

<b>Examen de la vista</b> La <b>Aseguradora</b> cubrirá un examen de refracción cada <b>año póliza</b> , que incluye el costo de la consulta. No aplica <b>deducible</b> .	100%
---	------

<b>Examen dental preventivo (período de espera de 6 meses)</b> La <b>Aseguradora</b> cubrirá dos chequeos/exámenes dentales preventivos por <b>año póliza</b> , incluyendo: <ul style="list-style-type: none"> <li>• radiografías simples/interproximales, radiografías panorámicas o de serie completa, ortopantogramas (OPG)</li> <li>• eliminación de la placa dental y pulido</li> <li>• protector de encías/protector bucal</li> </ul> No aplica <b>deducible</b> .	100%
---	------

(\*) Sujeto al 20% de coaseguro

Dispositivos para la Audición y la Vista	Cobertura
<b>Aparatos auditivos (*)</b> La <b>Aseguradora</b> cubrirá los costos de aparatos auditivos con receta médica. <b>No cubre reemplazos durante el mismo año póliza.</b>	80% hasta US\$1,000

<b>Anteojos y lentes de contacto (*)</b> La <b>Aseguradora</b> cubrirá los costos de anteojos y lentes de contacto con receta médica prescrita por un <b>especialista</b> oftalmológico, y para corregir un problema de la vista o la visión, como miopía o astigmatismo. <b>No cubre reemplazos durante el mismo año póliza.</b>	80% hasta US\$1,000
--	---------------------

<b>Cirugía refractiva (1 por ojo, de por vida) (*)</b> La <b>Aseguradora</b> cubrirá los costos de la cirugía refractiva para corregir astigmatismo y miopía/hipermetropía, sujeto a los siguientes criterios médicos: <ul style="list-style-type: none"> <li>• si el <b>asegurado</b> tiene 3 dioptrías o más en el ojo que está siendo tratado, y</li> <li>• si el <b>tratamiento</b> es realizado por un proveedor (<b>médico, hospital o clínica</b>) reconocido y acreditado</li> </ul> La <b>Aseguradora</b> únicamente cubrirá una cirugía por ojo, de por vida. Este procedimiento está sujeto a pre-autorización, por lo que el <b>asegurado</b> deberá obtener dicha pre-autorización antes de coordinar cualquier consulta o <b>tratamiento</b> . <b>La Aseguradora se reserva el derecho de no pagar los gastos a menos de que la autorización previa haya sido otorgada.</b>	80% hasta US\$1,500 de por vida
--	---------------------------------

(\*) Sujeto al 20% de coaseguro

Rehabilitación y Cuidados Paliativos	Cobertura
<b>Enfermería en casa</b> La <b>Aseguradora</b> cubrirá los gastos de enfermería en casa para el <b>asegurado</b> después de su <b>tratamiento</b> en el <b>hospital</b> cubierto por esta <b>póliza</b> cuando: <ul style="list-style-type: none"> <li>• sea prescrito por el <b>médico</b> del <b>asegurado</b>,</li> <li>• comience inmediatamente después de que el <b>asegurado</b> salga del <b>hospital</b>,</li> <li>• reduzca la duración de la estadía del <b>asegurado</b> en el <b>hospital</b>,</li> </ul>	US\$300 por día hasta un máximo de 60 días



<ul style="list-style-type: none"> <li>• sea proporcionada por un(a) <b>enfermero(a)</b> profesional calificado(a) en casa del <b>asegurado</b>, y</li> <li>• sea necesaria para proporcionar cuidados médicos, (no incluye <b>cuidado asistencial</b>).</li> </ul> <p>El <b>asegurado</b> deberá comunicarse con la <b>Aseguradora</b> para recibir autorización previa antes de recibir este beneficio. <b>La Aseguradora se reserva el derecho de no pagar los gastos a menos de que la autorización previa haya sido otorgada.</b></p> <p><b>Exclusiones y restricciones:</b> Consultar la Cláusula 2.26.</p>	
---	--

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

<p><b>Rehabilitación (rehabilitación multidisciplinaria)</b></p> <p>La <b>Aseguradora</b> pagará por la <b>rehabilitación</b>, incluyendo habitación, alimentos y una combinación de terapias físicas, ocupacionales y de fonoaudiología, después de un acontecimiento como un infarto cerebral. La <b>Aseguradora</b> pagará por <b>rehabilitación</b> únicamente cuando haya recibido autorización previa al inicio del <b>tratamiento</b>. La <b>Aseguradora</b> sólo cubrirá los gastos por <b>rehabilitación</b> cuando:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sea considerada <b>médicamente necesaria</b> después de revisar la información médica correspondiente, y</li> <li>• Sea parte del <b>tratamiento</b> recibido para dicha condición cubierta bajo la <b>póliza</b></li> </ul> <p><b>Nota:</b> Para que la <b>Aseguradora</b> pueda otorgar una autorización previa, el <b>especialista</b> deberá proporcionar la información clínica completa del <b>asegurado</b>, incluyendo el diagnóstico, el <b>tratamiento</b> recibido o por recibir, y la fecha planeada o propuesta para darle de alta si el <b>asegurado</b> se encuentra internado para recibir <b>rehabilitación</b>.</p> <p><b>Exclusiones y restricciones:</b> Consultar la Cláusula 2.26.</p>	100% hasta 60 días
---	--------------------

Beneficios Adicionales	Cobertura
<p><b>Cobertura extendida para dependientes elegibles debido al fallecimiento del Asegurado Titular</b></p> <p>En caso de que fallezca el <b>Asegurado Titular</b>, la <b>Aseguradora</b> otorgará cobertura a los <b>asegurados dependientes</b> cubiertos bajo la <b>póliza</b> al momento del fallecimiento del <b>Asegurado Titular</b> durante 1 año sin costo alguno a partir del vencimiento pagado por el <b>Asegurado Titular</b>, si la causa de la muerte del <b>Asegurado Titular</b> se debió a un <b>accidente, enfermedad o dolencia</b> cubierto bajo esta <b>póliza</b>. Este beneficio aplica solamente a los <b>dependientes</b> cubiertos bajo la <b>póliza</b> existente y terminará automáticamente para el cónyuge o pareja sobreviviente si contrae matrimonio, o para los <b>dependientes</b> sobrevivientes que dejen de ser elegibles bajo esta <b>póliza</b> y/o para los cuales se haya emitido su propia <b>póliza</b> por separado.</p> <p><b>ESTA COBERTURA NO SERÁ PROCEDENTE SI LOS BENEFICIARIOS DEL ASEGURADO TITULAR SOLICITAN LA DEVOLUCIÓN DE LA PRIMA NO DEVENGADA POR FALLECIMIENTO, Y DICHA DEVOLUCIÓN ES EFECTUADA EN TÉRMINOS DE LAS CONDICIONES GENERALES.</b></p>	

#### Beneficio de segunda opinión quirúrgica

Si un cirujano ha recomendado que el **asegurado** sea sometido a un procedimiento quirúrgico que no sea de emergencia, el **asegurado** tendrá la opción de solicitar una segunda opinión quirúrgica si así lo desea. Dicha segunda opinión quirúrgica debe ser realizada por un **médico** seleccionado de común acuerdo entre el **asegurado** y la **Aseguradora**. 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 de común acuerdo entre el **asegurado** y la **Aseguradora**.

Código: PTY-BGHP20 Bupa Global Health Plan

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto están registradas ante la Superintendencia de Seguros y Reaseguros de Panamá, de conformidad con lo dispuesto en la Ley 12 de 2012, mediante Resolución Número \_\_\_\_\_ de fecha \_\_\_\_\_.