

BUPA INSURANCE (BOLIVIA) S.A.

Tabla de Beneficios - Póliza de Seguro de Gastos Médicos Mayores
Global Select Health Plan

Texto aprobado mediante Resolución Administrativa No. 722-2016 del 3 de junio de 2016, bajo el Registro No. 201-934777-2016 05 021, Anexo de Modificaciones a las Condiciones Generales de la Póliza aprobado mediante Resolución Administrativa APS/DS/No. 1737/2016 de fecha 5 de diciembre de 2016, Registro No. 201-934777-2016 05 021 2001, y Cláusula de Modificaciones al Condicionado General aprobada mediante Resolución Administrativa APS/DS/No. 1603/201 de fecha 27 de diciembre de 2017, Registro 201-934777-2016 05 021 2002.

El significado de los términos resaltados en **negrilla** en la presente **Tabla de Beneficios** corresponde al de los términos señalados en las Definiciones.

Límites de los beneficios: En la presente **Tabla de Beneficios** se establecen tres (3) tipos de limitaciones de beneficios:

- El “**límite máximo**” – la máxima cantidad que la **Aseguradora** pagará en total por todos los beneficios, por cada **Asegurado**, por cada **año póliza**.
- “De por vida” – la cantidad máxima del beneficio que la **Aseguradora** pagará por cada **asegurado** durante su vida
- Limitaciones a los beneficios por sesiones, visitas o días– 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 son aplicables por **año póliza**, lo cual significa que una vez que se ha alcanzado el límite correspondiente, el beneficio deja de estar disponible hasta la siguiente renovación de la **póliza** de seguro. Otros límites aplican de por vida, lo cual significa que una vez que se ha alcanzado el límite respectivo, no se pagarán más beneficios, independientemente de que proceda con la renovación de la **póliza**.

La **póliza** Global Select 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 señalados bajo la cobertura de **tratamiento de emergencia**.

La **Tabla de Beneficios** proporciona una explicación respecto de los aspectos que están cubiertos bajo la **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 aplicables de forma individual por cada **asegurado**, por **año póliza**.

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

La **Aseguradora** pagará los gastos derivados de los **beneficios cubiertos** después de satisfacer el **deducible** anual obligatorio 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.

Los **beneficios cubiertos** podrían estar sujetos a la aplicación de exclusiones o restricciones particulares y generales. En este sentido, le pedimos que por favor consulte las Exclusiones y Limitaciones que se señalan en este documento antes de solicitar la cobertura de alguno de los beneficios que se describen a continuación.

La **Aseguradora** únicamente aceptará como **beneficios cubiertos** aquellos procedimientos médicos que no se consideren como experimentales; es decir, que se encuentren aprobados por la FDA (Food and Drug Administration de los Estados Unidos de América) o por el Ministerio de Salud del Estado Plurinacional de Bolivia o aprobados por la autoridad de salud competente en el país donde se recibe el **tratamiento** médico.

Límite máximo: Asciende a DOS millones de dólares (US\$2,000,000) por **asegurado**, por **año póliza**. Todos los beneficios siguientes, incluso aquellos pagados en su totalidad, contribuirán al **límite máximo** total anual de la **póliza**.

Opciones de **deductible** anual obligatorio:

Dentro del **país de residencia**:

- Plan 1 Doscientos cincuenta dólares (US\$250)
- Plan 2 Dos mil dólares (US\$2,000)
- Plan 3 Cinco mil dólares (US\$5,000)
- Plan 4 Diez mil dólares (US\$10,000)

Fuera del **país de residencia**

- Cinco mil dólares (US\$5,000)
- Dos mil dólares (US\$2,000)
- Cinco mil dólares (US\$5,000)
- Diez mil dólares (US\$10,000)

Hospitalización y Tratamiento en el Hospital

201-934777-2016 05 021 1001

Cobertura

Para todos los costos de pacientes internados y pacientes ambulatorios atendidos en el **hospital**.

Internación en el hospital y alimentos

La **Aseguradora** pagará los gastos generados por la **hospitalización y tratamiento** hospitalario del **asegurado**, siempre y cuando:

- existe una necesidad médica de permanecer en el **hospital**,
- el **tratamiento** sea proporcionado o administrado por un **especialista**, y
- la duración de su estadía sea **médicamente justificada**.

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 habitación privada.

Para pacientes internados por 5 noches o más, el **asegurado** o su **médico** deberán enviar a la **Aseguradora** un reporte médico antes de la quinta noche, confirmando el diagnóstico, el **tratamiento** recibido, el **tratamiento** planificado y la fecha en la que se dará de alta.

La **Aseguradora** pagará hasta veinte dólares (US\$20) por noche para gastos personales, tales como periódicos, renta de servicio de televisión y comidas para visitas.

Cama extra en el hospital para acompañante

La **Aseguradora** cubrirá los gastos de cama extra para una persona acompañante, cuando el **asegurado** esté recibiendo un **tratamiento** cubierto.

100% habitación privada

Derecho a sala, insumos, materiales clínicos y medicamentos

La **Aseguradora** cubrirá los gastos generados por:

- la sala de operaciones,
- la sala de recuperación,
- medicamentos y material quirúrgico utilizado en la sala de operaciones y en la sala de recuperación, y
- medicamentos y material de curación utilizados mientras el **asegurado** esté internado en el hospital.

100% para una persona

En todos los casos, los gastos generados deberán de estar **médicamente justificados**.

100%

Cuidados intensivos

La **Aseguradora** cubrirá los gastos de tratamiento en la Unidad de Tratamiento Intensivo UTI), Unidad Coronaria y Unidad de Cuidados Intermedios (UCI) cuando sea **médicamente necesario** o cuando sea una parte esencial del **tratamiento**.

100%

Cirugía, incluyendo honorarios de equipo médico quirúrgico

La **Aseguradora** pagará los gastos por concepto de cirugía, incluyendo los honorarios del cirujano, ayudante, instrumentista y anestesiólogo, así como los gastos pre y post operatorios que se generen dentro de la **hospitalización** cubierta por esta **póliza**.

100%

Los honorarios de **médicos**, cirujanos, anestesistas, segundo cirujano, cirujanos asistentes, **especialistas** y cualquier otro honorario médico solamente están cubiertos cuando sean **médicamente necesarios** durante la cirugía o tratamiento.

<p>Exámenes de patología, radiología y diagnóstico</p> <p>La Aseguradora cubrirá el costo de estudios de laboratorio, imagenología y exámenes de diagnóstico, siempre y cuando sean prescritos por un especialista para ayudar a diagnosticar o evaluar el estado de salud cuando el asegurado esté hospitalizado.</p> <p>Exclusiones y restricciones: Consultar los numerales 20 y 35 de las Exclusiones y Limitaciones.</p>	100%
<p>Fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, quinesiólogos, fonoaudiólogos y nutricionistas</p> <p>La Aseguradora pagará los gastos derivados del tratamiento suministrado por fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, quinesiólogos, fonoaudiólogos y nutricionistas si se requiere como parte de su tratamiento hospitalario. Lo anterior será procedente, siempre y cuando estos tratamientos no sean el único motivo de su hospitalización y la enfermedad o dolencia principal se encuentre debidamente cubierta bajo esta póliza.</p> <p>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.</p> <p>Exclusiones y restricciones: Consultar los numerales 23, 33 y 43 de las Exclusiones y Limitaciones.</p>	100%
<p>Cirugía por obesidad (período de espera de 24 meses)</p> <p>La Aseguradora podrá cubrir este tratamiento, sujeto a los criterios siguientes si el asegurado:</p> <ul style="list-style-type: none"> • tiene un índice de masa corporal (IMC) de 40 o más y se le ha diagnosticado obesidad mórbida, • tiene un IMC entre 35 y 40 y tiene un problema de salud serio relacionado con su peso, • presenta evidencia documentada y firmada por el médico tratante de que ya intentó otros métodos para perder peso durante los últimos 24 meses, y • ha pasado por una evaluación psicológica que ha confirmado que es apropiado para el asegurado someterse al procedimiento. <p>La técnica quirúrgica a utilizar deberá ser evaluada y autorizada previamente por el equipo médico de la Aseguradora.</p> <p>Importante: El asegurado deberá comunicarse con la Aseguradora para recibir autorización previa antes de someterse al tratamiento. La Aseguradora se reserva el derecho de no pagar los gastos a menos de que la autorización previa haya sido otorgada.</p> <p>Exclusiones y restricciones: Consultar el numeral 43 de las Exclusiones y Limitaciones.</p>	100%
<p>Cirugía preventiva</p> <p>La Aseguradora pagará los gastos de cirugía preventiva sujeto a los criterios de las políticas médicas de la Aseguradora.</p> <p>El asegurado deberá comunicarse con la Aseguradora para recibir autorización previa antes de someterse al tratamiento. La Aseguradora se reserva el derecho de no pagar los gastos a menos de que la autorización previa haya sido otorgada.</p>	100%
<p>Prótesis</p> <p>La Aseguradora pagará una prótesis siempre que sea necesaria como parte del tratamiento. Las prótesis cubiertas incluyen partes del cuerpo externas artificiales, como una prótesis de extremidad o una prótesis de oído.</p> <p>La Aseguradora no pagará por cualquier reemplazo de prótesis para adultos, incluyendo cualquier reemplazo de prótesis requerido en relación con una enfermedad o padecimiento preexistente. La Aseguradora 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 Aseguradora.</p>	100%

<p>Implantes prostéticos y órtesis La Aseguradora cubrirá los gastos relacionados con los siguientes implantes prostéticos y órtesis:</p> <p>Implantes prostéticos (entre otros):</p> <ul style="list-style-type: none"> • para reemplazar articulación o ligamento • para reemplazar válvula cardíaca • para reemplazar la aorta o un vaso sanguíneo arterial • para reemplazar un músculo del esfínter • para reemplazar el cristalino o la córnea del ojo • para controlar incontinencia urinaria o control de la vejiga • marcapasos (la disponibilidad del desfibrilador cardíaco interno está sujeta a autorización previa) • para remover exceso de líquidos en el cerebro • implante coclear, si el implante inicial fue injertado antes de la edad de 5 años y estuvo cubierto por esta póliza, la Aseguradora 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. <p>Órtesis (entre otros):</p> <ul style="list-style-type: none"> • una rodillera que es parte esencial de una operación quirúrgica para la reparación de un ligamento cruzado • soporte en la columna vertebral que sea requerido como consecuencia de una operación quirúrgica de columna vertebral. • fijador externo que se requiera como consecuencia de una fractura expuesta o por una cirugía en cabeza o cuello 	100%
<p>Cirugía reconstructiva La Aseguradora cubrirá los gastos relacionados con cualquier tratamiento para restaurar la apariencia física del asegurado después de un accidente, enfermedad o dolencia, lesión o cirugía. La Aseguradora podrá pagar por la cirugía cuando la enfermedad o dolencia, lesión o cirugía y la cirugía reconstructiva ocurran durante su cobertura vigente y continua.</p> <p>El asegurado deberá comunicarse con la Aseguradora para recibir autorización previa antes de someterse al tratamiento. La Aseguradora se reserva el derecho de no pagar los gastos a menos de que la autorización previa haya sido otorgada.</p> <p>Nota: Si el médico del asegurado recomienda tratamiento cosmético para corregir un problema funcional, por ejemplo, exceso de tejido en el ojo que interrumpe la visión, el asegurado deberá comunicarse con la Aseguradora para recibir la autorización previa, ya que el caso será evaluado por el equipo médico de la Aseguradora. De ser aprobado, los beneficios se pagarán de acuerdo con las reglas y beneficios establecidos en esta Tabla de Beneficios.</p> <p>Exclusiones y restricciones: Consultar los numerales 23 y 37 de las Exclusiones y Limitaciones.</p>	100%

Cuidados para Pacientes Internados y/o Pacientes Ambulatorios 201-934777-2016 05 021 1002	Cobertura
<p>Imagenología avanzada La Aseguradora cubrirá los gastos de estudios de imágenes avanzadas, tales como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • estudios de imagen por resonancia magnética (IRM) • tomografía computarizada (TC) • tomografía por emisión de positrones (PET) <p>Los estudios deberán ser prescritos por el médico o doctor del asegurado como parte del diagnóstico o tratamiento de condiciones cubiertas.</p>	100%

<p>Condiciones congénitas</p> <p>La cobertura para condiciones congénitas y hereditarias bajo esta póliza es la siguiente:</p> <p>(a) El beneficio máximo definido para esta cobertura cuyas condiciones se manifiesten antes de que el asegurado cumpla los 18 años de edad, incluyendo cualquier otro beneficio ya pagado bajo alguna otra póliza o anexo adicional de la Aseguradora, después de satisfacer el deductible correspondiente.</p> <p>(b) La cobertura para condiciones que se manifiesten en el asegurado a los 18 años de edad o posteriormente.</p>	<p>(a) US\$200,000 de por vida</p> <p>(b) US\$500,000 de por vida</p>
<p>Tratamiento contra el cáncer</p> <p>La Aseguradora cubrirá los gastos derivados de cualquier tratamiento contra el cáncer, una vez que sea diagnosticado, incluyendo los honorarios que se relacionen específicamente para planificar y llevar a cabo el tratamiento contra el cáncer. Lo anterior incluye exámenes de laboratorio, estudios de imagenología para diagnóstico, consultas y medicamentos recetados.</p> <p>El asegurado deberá comunicarse con la Aseguradora para recibir autorización previa antes de someterse al tratamiento. La Aseguradora se reserva el derecho de no pagar los gastos a menos de que la autorización previa haya sido otorgada.</p> <p>Exclusiones y restricciones: Consultar el numeral 40 de las Exclusiones y Limitaciones.</p> <p>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.</p>	100%
<p>Servicio de trasplantes</p> <p>La Aseguradora cubrirá todos los gastos médicos relacionados con el trasplante, incluyendo consultas con médicos o especialistas y tratamiento médico cuando el asegurado se encuentre internado en el hospital o como paciente ambulatorio, siempre y cuando el órgano provenga de una donación verificada y certificada para los siguientes trasplantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • córnea • intestino delgado • riñón • riñón/páncreas • hígado • corazón • pulmón • corazón/pulmón <p>Los gastos de los medicamentos contra el rechazo y gastos médicos para trasplante de médula ósea y trasplantes de células madres periféricas, con o sin altas dosis de quimioterapia para tratar el cáncer, están cubiertos bajo el beneficio de tratamiento de cáncer.</p> <p>La Aseguradora cubrirá los gastos del donante para cada condición médica que requiera de un trasplante, tanto si el donante está asegurado o no, incluyendo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • la recolección del órgano, ya sea de un donante vivo o muerto, • los gastos por compatibilidad de tejidos • los gastos de hospital/operación del donante, y • cualquier complicación del donante, hasta por un máximo de 30 días de post operación únicamente <p>Exclusiones y restricciones: Consultar los numerales 9 y 31 de las Exclusiones y Limitaciones.</p>	US\$500,000 por diagnóstico, de por vida
<p>Diálisis renal</p> <p>La Aseguradora pagará la diálisis renal para paciente hospitalizado o paciente ambulatorio.</p>	100%

Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) (período de espera de 1 año) La Aseguradora 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.	US\$300,000 de por vida
Tratamiento dental relacionado con accidentes La Aseguradora cubrirá los gastos generados por el tratamiento dental médicamente necesario derivado de un accidente cubierto, siempre y cuando el primer gasto se genere dentro de los 30 días siguientes al accidente .	100%
Cobertura para actividades y deportes peligrosos Los costos relacionados con tratamientos derivados de la práctica de actividades y deportes peligrosos de forma amateur están cubiertos bajo esta póliza . Exclusiones y restricciones: Consultar el numeral 6 de las Exclusiones y Limitaciones.	100%
Tratamiento Ambulatorio 201-934777-2016 05 021 1003	Cobertura
Cirugía ambulatoria La Aseguradora cubrirá los gastos relacionados con cirugía ambulatoria.	100%
Exámenes de patología, radiología y diagnóstico La Aseguradora pagará los gastos derivados de exámenes de diagnóstico y laboratorio cuando dichos estudios sean prescritos por un médico o doctor para documentar el diagnóstico o para evaluar su estado de salud posterior a un tratamiento médico: <ul style="list-style-type: none"> • Estudios de laboratorio, exámenes de patología e imagenología • Exámenes de diagnóstico, como electrocardiogramas (ECG) Exclusiones y restricciones: Consultar los numerales 20 y 35 de las Exclusiones y Limitaciones.	100%
Honorarios médicos La Aseguradora pagará los honorarios por concepto de consulta con especialistas, médicos o doctores para: <ul style="list-style-type: none"> • Proponer un tratamiento • Dar seguimiento al tratamiento recibido previamente • Recibir consultas o tratamientos pre y post hospitalarios • Prescribir medicamentos • Efectuar el diagnóstico relacionado con los síntomas manifestados Exclusiones y restricciones: Consultar los numerales 13, 16 y 38 de las Exclusiones y Limitaciones.	100%
Enfermeros profesionales La Aseguradora 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 médicamente necesario .	100% máximo 15 visitas
Medicamentos y materiales de curación con receta médica (*) La Aseguradora pagará los medicamentos y materiales de curación con receta médica siempre que sean prescritos por un médico o doctor de forma previa y que sean necesarios para tratar una lesión, enfermedad o dolencia .	Plan 1: 80% hasta US\$5,000; 100% después de US\$5,000 Planes 2 al 4: 100%
Equipo médico durable La Aseguradora cubrirá los gastos derivados de la utilización de equipo médico durable y sus componentes, siempre y cuando: <ul style="list-style-type: none"> • sea prescrito por un médico, • cumpla con la definición de equipo médico durable. La Aseguradora no pagará por los componentes que no sean indispensables para el uso del equipo médico durable.	US\$8,000

(*) Aplica un **coaseguro** de 20%

Salud Mental
201-934777-2016 05 021 1004

Cobertura

Salud mental durante la hospitalización

La **Aseguradora** pagará los gastos derivados del **tratamiento psiquiátrico y/o psicológico**, siempre y cuando sea **médicamente necesario** producto de una **enfermedad o dolencia** cubierta, y la terapia se otorgue durante la estadía en el hospital.

Cualquier **tratamiento psiquiátrico y/o psicológico** cuando el **asegurado** esté hospitalizado durante 5 días o más requiere de 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.

Exclusiones y restricciones:

Consultar los numerales 24 y 49 de las Exclusiones y Limitaciones.

100% máximo 90 visitas de por vida

Salud mental en ambulatorio

La **Aseguradora** pagará los honorarios en el consultorio del **psiquiatra, psicólogo o psicoterapeuta**.

Exclusiones y restricciones:

Consultar los numerales 24, 33 y 49 de las Exclusiones y Limitaciones.

100% máximo 15 visitas

Transporte y Viajes

201-934777-2016 05 021 1005

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.

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 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 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%

<p>Costos de viaje de traslado para un acompañante (por evacuación)</p> <p>La Aseguradora cubrirá los costos razonables de viaje de traslado para un familiar cercano del asegurado (esposo(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:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 <p>La persona acompañante puede viajar en un tipo de transporte diferente que el asegurado que requiere el tratamiento, dependido de los requerimientos médicos.</p> <p>La Aseguradora cubrirá los costos razonables de traslado para el viaje de regreso al lugar de donde se originó el traslado, cuando:</p> <ul style="list-style-type: none"> • esto sea autorizado previamente por la Aseguradora, y • el viaje de regreso se realice dentro de los 14 días siguientes al final del tratamiento. <p>La Aseguradora cubrirá los costos para el viaje de regreso que sean más económicos entre:</p> <ul style="list-style-type: none"> • el costo razonable del viaje de regreso por tierra o por mar, o • el costo de un boleto en una aerolínea comercial en clase turista. <p>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.</p>	100%
<p>Costos de alimentación y transporte para acompañante</p> <p>La Aseguradora 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 asegurado:</p> <ul style="list-style-type: none"> • únicamente durante una evacuación, y • por hasta 10 días o hasta el día de alta del asegurado, cualquiera que sea primero, mientras el familiar del asegurado se encuentre fuera de su país de residencia habitual. <p>La Aseguradora no cubrirá los costos del acompañante cuando la evacuación se haga para que el asegurado reciba tratamiento como paciente ambulatorio.</p>	US\$100 por día; máximo 10 días por año póliza
<p>Costos de viaje de traslado de niños</p> <p>La Aseguradora cubrirá los costos de viaje de traslado razonables para que los hijos del asegurado sean trasladados junto con el asegurado 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"> • sea médicamente necesario que el asegurado (el padre o madre o guardián de los niños), sea evacuado o repatriado, • el(la) esposo(a), pareja u otro guardián que comparta la custodia de los niños, esté acompañando también al asegurado, y • que de no trasladarlos, los niños quedarían sin un padre, madre o apoderado. 	100%
<p>Ambulancia aérea local</p> <p>La Aseguradora cubrirá los gastos por la utilización de los servicios de ambulancia aérea local utilizada para transportar al asegurado:</p> <ul style="list-style-type: none"> • de la ubicación de un accidente o centro de esquí al hospital, o • para el traslado de un hospital a otro <p>Será procedente esta cobertura cuando la ambulancia aérea sea:</p> <ul style="list-style-type: none"> • médicamente necesaria, • utilizada para distancias cortas de hasta 100 millas/160 kilómetros, y • relacionada al tratamiento cubierto que el asegurado necesite recibir en el hospital <p>Este beneficio debe ser aprobado previamente por la Aseguradora. La Aseguradora se reserva el derecho de no pagar los gastos a menos de que la autorización previa haya sido otorgada.</p>	100%

<p>Ambulancia terrestre local</p> <p>La Aseguradora cubrirá los gastos por la utilización de los servicios de ambulancia terrestre local utilizada para transportar al asegurado:</p> <ul style="list-style-type: none"> • de la ubicación de un accidente al hospital, • para el traslado de un hospital a otro, o • de su casa al hospital <p>Cuando una ambulancia terrestre local sea:</p> <ul style="list-style-type: none"> • médicamente necesaria, y • relacionada al tratamiento cubierto y que el asegurado necesite recibir en el hospital 	100%
<p>Repatriación de restos mortales</p> <p>La Aseguradora cubrirá los gastos razonables para el traslado del cuerpo o restos mortales cremados del asegurado a su país de nacionalidad o a su país de residencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • en el caso de su fallecimiento mientras esté fuera de su país de residencia, y • sujeto a los requerimientos y restricciones de la aerolínea <p>La Aseguradora 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 Aseguradora 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 asegurado.</p>	100%
<p>Tratamiento Preventivo 201-934777-2016 05 021 1006</p> <p>Examen de salud general (período de espera de 10 meses)</p> <p>La Aseguradora pagará por un examen de salud general una vez que el asegurado haya estado cubierto bajo esta póliza por 10 meses consecutivos. No aplica deductible.</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>	Cobertura US\$400
<p>Rehabilitación y Cuidados Paliativos 201-934777-2016 05 021 1007</p> <p>Enfermería en casa</p> <p>La Aseguradora cubrirá los gastos de enfermería en casa para el asegurado después de su tratamiento en el hospital cubierto por esta póliza cuando:</p> <ul style="list-style-type: none"> • sea prescrito por el médico del asegurado, • comience inmediatamente después de que el asegurado salga del hospital, • reduzca la duración de la estadía del asegurado en el hospital, • sea proporcionada por un(a) enfermero(a) profesional calificado(a) en casa del asegurado, y • sea necesaria para proporcionar cuidados médicos, (no incluye cuidados personales o asistenciales). <p>El asegurado deberá comunicarse con la Aseguradora para recibir autorización previa antes de recibir este beneficio. La Aseguradora se reserva el derecho de no pagar los gastos a menos de que la autorización previa haya sido otorgada.</p> <p>Exclusiones y restricciones: Consultar el numeral 23 de las Exclusiones y Limitaciones.</p>	Cobertura US\$300 por día hasta un máximo de 30 días

<p>Centro para pacientes terminales y cuidados paliativos</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 Aseguradora pagará servicios de centros para pacientes terminales y cuidados paliativos si recibe un diagnóstico de enfermedad terminal y si el asegurado ya no puede recibir tratamiento que conduzca a su recuperación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • alojamiento en centro para pacientes terminales • cuidados de enfermero(a) profesional calificado • medicamentos recetados y terapias para disminuir el dolor corporal • cuidados físicos, psicológicos, sociales y espirituales 	100%
<p>Rehabilitación (rehabilitación multidisciplinaria)</p> <p>La Aseguradora pagará por la rehabilitación, incluyendo habitación, alimentos y una combinación de terapias físicas, ocupacionales y de fonoaudiología, después de un acontecimiento como un infarto cerebral. La Aseguradora pagará por rehabilitación únicamente cuando haya recibido autorización previa al inicio del tratamiento. La Aseguradora sólo cubrirá los gastos por rehabilitación cuando:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sea considerada médicamente necesaria, después de revisar la información médica correspondiente, y • Sea parte del tratamiento recibido para dicha condición cubierta bajo la póliza. <p>Nota: Para que la Aseguradora pueda otorgar una autorización previa, el médico deberá proporcionar la información clínica completa del asegurado, incluyendo el diagnóstico, el tratamiento recibido o por recibir, y la fecha planeada o propuesta para darle de alta si el asegurado se encuentra internado para recibir rehabilitación.</p> <p>Exclusiones y restricciones: Consultar el numeral 23 de las Exclusiones y Limitaciones.</p>	US\$300 por día hasta un máximo de 30 días

Beneficio Adicional

Incorporación del recién nacido en la póliza

Para que el recién nacido disfrute de cobertura bajo esta póliza sin necesidad de requisitos adicionales de evaluación de riesgo, al menos uno de los padres del recién nacido debe tener por lo menos 10 meses cumplidos de cobertura continua bajo esta póliza. El Asegurado Titular 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.

Se requerirá la presentación de una Solicitud de Seguro Individual para Gastos Médicos Mayores para incluir al recién nacido en la póliza, la cual estará sujeta a evaluación de riesgo si:

- la notificación no es recibida durante los 90 días después del parto, o
- ninguno de los padres ha cumplido los 10 meses de cobertura continua bajo esta póliza, o
- el recién nacido es adoptado o ha nacido de una maternidad subrogada,

La incorporación del recién nacido en la póliza queda sujeta a la obligación de pago de la prima correspondiente.

EXCLUSIONES Y LIMITACIONES

1. La presente sección de exclusiones y limitaciones contiene un listado de los **tratamientos**, condiciones y situaciones específicas que no se encuentran cubiertas por la **Aseguradora** como parte del seguro de salud contratado. Adicionalmente, cada **asegurado** podría estar sujeto a exclusiones o limitaciones de carácter personal que afectan su cobertura, en la forma que se establece en las **Condiciones Particulares**.
2. COBERTURA PARA CONDICIONES PREEEXISTENTES: A tiempo de completar su **Solicitud de Seguro Individual para Gastos Médicos Mayores**, al **asegurado** se le pidió que suministre toda la información acerca de cualquier **lesión, enfermedad o dolencia** por la cual el **asegurado** y/o sus **dependientes** hubieran recibido medicamentos, indicaciones médicas o **tratamientos**, así como **síntomas** que hubieran experimentado antes de solicitar el seguro a la **Aseguradora**. Las declaraciones efectuadas por el **asegurado** en ese sentido son referidas como **condiciones preeexistentes**.
3. El equipo médico de la **Aseguradora** ha analizado el historial médico del **Asegurado Titular** y sus **dependientes** para decidir acerca de los términos sobre los cuales se ofrece el presente seguro de salud. Como producto de esa evaluación, es posible que la Aseguradora hubiera aceptado ofrecer cobertura para determinadas **condiciones preeistentes**, a cuyo efecto podría haber decidido aplicar una prima extra, en cuyo mérito se podría dar cobertura a **condiciones preeistentes** específicas, o también es posible que hubiera aplicado otras restricciones al seguro de salud. En caso que la **Aseguradora** hubiera aplicado alguna exclusión personal u otras restricciones a la **póliza del asegurado**, las mismas serán descritas en las **Condiciones Particulares**. Esto último implica que la **Aseguradora** no cubrirá ni será responsable por los costos de **tratamiento** relacionados a dichas **condiciones preeistentes**, los **síntomas** asociados a ellas, o cualquier situación que sea resultado de o esté relacionada con dichas **condiciones preeistentes**. De igual modo, la **Aseguradora** no cubrirá ninguna **condición preeexistente** que el **asegurado** hubiera omitido declarar oportuna y debidamente durante el proceso de solicitud.
4. Si la **Aseguradora** decidiera no incluir en las **Condiciones Particulares** una exclusión personal o limitación, se interpretará que cualquier **condición preeexistente** que el **asegurado** hubiera declarado expresamente en su solicitud goza de cobertura bajo la **póliza**, pero siempre en estricta sujeción y dentro del marco de lo previsto en la **Tabla de Beneficios** y a las limitaciones y exclusiones pactadas.
5. EXCLUSIONES GENERALES: Las exclusiones contenidas en los numerales 6 al 49 son aplicables de forma independiente respecto de cualquier exclusión y limitación personal, tal como se tiene explicado con anterioridad.

Las exclusiones previstas en esta sección, y cualquier exclusión o limitación personal especificada en las **Condiciones Particulares**, no se encuentran cubiertas por la **Aseguradora**, la cual no estará obligada a reconocer beneficios cuando se presente alguna de las exclusiones y limitaciones señaladas en la presente sección, así como tampoco brindará cobertura para exclusiones y limitaciones que se encuentren consignadas en la **Tabla de Beneficios**, ni para las **condiciones preeistentes** que estén directamente relacionadas con:

- **condiciones preeistentes** no declaradas y cualquier complicación relacionada a dichas **condiciones preeistentes** a tiempo de contratar la **póliza** o sus renovaciones;
- **enfermedades o dolencias y tratamientos** excluidos;
- gastos adicionales o incrementados que resulten de **enfermedades o dolencias y tratamientos** excluidos;
- complicaciones que resulten de **enfermedades o dolencias y tratamientos** excluidos, y
- los servicios y **tratamientos** que no se lleven a cabo dentro de la **red de proveedores**, excepto en los casos señalados bajo la cobertura de **tratamiento de emergencia**.

Los títulos y encabezados incluidos a continuación son referenciales y no definen el alcance ni limitan de forma alguna la exclusión o restricción señalada.

6. ACTIVIDADES Y DEPORTES PELIGROSOS: **Tratamiento** por cualquier **lesión** que resulte de participar en cualquier actividad o deporte peligroso, ya sea por compensación o como profesional.
7. ADMISIÓN ELECTIVA AL **HOSPITAL, CLÍNICA O SANATORIO**: La admisión electiva en un **hospital, clínica o sanatorio** por más de veintitrés (23) horas antes de una cirugía programada, excepto cuando sea aprobada por escrito por la **Aseguradora**.
8. ALMACENAMIENTO DE TEJIDOS Y/O CÉLULAS: Los costos por la extracción y almacenamiento de médula ósea, células madre, sangre de cordón umbilical, o cualquier otro tipo de tejido o célula. También están

excluidos los gastos relacionados con la adquisición e implantación de un corazón artificial, otros órganos artificiales o de animales, y todos los gastos relacionados con la crio-preservación por más de veinticuatro (24) horas de duración.

Nota: La **Aseguradora** cubrirá los gastos relacionados con trasplantes de médula ósea y trasplantes de células madre de sangre periférica cuando son realizados como parte del **tratamiento** de cáncer. Esto está cubierto bajo el beneficio de **tratamiento** de cáncer.

9. COSTOS RELACIONADOS AL TRASPLANTE: 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 crio-preservación por más de veinticuatro (24) horas de duración.
10. CIRUGÍAS Y TRATAMIENTOS PARA CAMBIO DE SEXO: Cualquier gasto por cambio o transformación de sexo y las complicaciones surgidas u ocasionadas directa o indirectamente de dichas cirugías o **tratamientos**, excepto reasignación de sexo por condiciones congénitas cubiertas bajo la **póliza**.
11. CLÍNICAS DE HIDROTERAPIA, NATURISTAS, ETC.: **Tratamientos** o servicios recibidos en una clínica de hidroterapia o naturista, spa, o en cualquier establecimiento similar que no sea un **hospital**.
12. CONFLICTO Y DESASTRE: Contaminación nuclear o química, guerra declarada o no, acto de enemigo extranjero, hostilidades, operaciones bélicas, invasión, guerra civil, huelga, desordenes obrero-patronales, alborotos o desórdenes populares, alteración de orden público, rebelión, revolución, insurrección, guerrillas, golpes de Estado, ley marcial, poder usurpado o de facto, motín, commoción civil, actos de terrorismo, eventos o situaciones bajo el control de las autoridades sanitarias locales y eventos similares y las acciones destinadas a evitarlas o contenerlas, si el **asegurado**:
 - ha puesto su vida en peligro al entrar en una zona de conflicto conocida;
 - ha participado activamente, o
 - ha demostrado un comportamiento negligente con su seguridad personal.
13. CONTROL DE NATALIDAD: Métodos anticonceptivos, esterilización, vasectomía, terminación del embarazo (a menos que exista una amenaza a la salud de la madre), planificación familiar, tal como consultas de la **asegurada** con su doctor para discutir el plan de embarazo.
14. DEPÓSITOS/PAGOS POR ADELANTADO: Depósitos y/o pagos por adelantado para el costo de cualquiera de los **beneficios cubiertos**.
15. DESÓRDENES DEL SUEÑO: **Tratamiento** para el insomnio, apnea de sueño, ronquidos, o cualquier otro problema relacionado con el sueño, incluyendo estudios del sueño.
16. DISFUNCIONES SEXUALES Y ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL: Consultas y **tratamientos** relacionados con disfunciones sexuales, excepto cuando sean derivadas de una condición cubierta bajo la **póliza**, y las enfermedades transmitidas sexualmente.
17. EMBARAZO Y PARTO: Todo **tratamiento** o servicio relacionado con el embarazo, el parto y sus complicaciones, así como todo **tratamiento** o servicio relacionado con el cuidado del **recién nacido**.
18. ENFERMEDADES EPIDÉMICAS Y PANDÉMICAS: El **tratamiento** de, o que surja como resultado de, cualquier **enfermedad epidémica** y/o **pandémica**, así como tampoco están cubiertas las vacunas, los medicamentos o los **tratamientos** preventivos para, o relacionados con, cualquier **enfermedad epidémica** y/o **pandémica**.
19. EQUIPO DE RIÓN ARTIFICIAL: Equipo de riñón artificial personal o para uso residencial, excepto cuando sea aprobado por escrito por la **Aseguradora**.
20. EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO PARA TRABAJO O VIAJES: Cualquier examen médico o 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.
21. GASTOS DE REGISTRO/ADMINISTRACIÓN: Los gastos de registro/administración en **hospitales** o instituciones similares (a menos que la **Aseguradora**, dentro de su discreción razonable, considere que esos gastos son adecuados y usuales, aceptados por la práctica del país que sea relevante).

22. GASTOS EXCESIVOS: Cualquier cantidad o gasto que exceda lo **usual, acostumbrado y razonable** por el servicio o suministro para el área geográfica en particular o nivel apropiado del **tratamiento** que se ha recibido.
23. GASTOS RELACIONADOS CON TRATAMIENTOS NO CUBIERTOS: El **tratamiento** de cualquier lesión, **enfermedad o dolencia**, 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 asistencial**, excepto cuando se especifique cobertura en la **Tabla de Beneficios**, o
 - (e) que se lleva a cabo en un **hospital**, pero para el cual no es **médicamente necesario** el uso de instalaciones hospitalarias.
24. LESIONES AUTO INFILRIDAS, SUICIDIO Y SUICIDIO FALLIDO Y/O USO NOCIVO O PELIGROSO DE ALCOHOL, DROGAS Y/O MEDICINAS: Cualquier cuidado o tratamiento debido a **enfermedades o dolencias**, así como lesiones auto infligidas por el propio **asegurado**, suicidio, suicidio fallido, u ocasionado por culpa grave del **asegurado** por el uso de alcohol, drogas no prescritas médicaamente, sustancias ilegales o psicotrópicas, o el uso ilegal de sustancias controladas. Esto incluye cualquier **accidente** o complicación resultante de cualquiera de los estados anteriores.
25. LESIONES POR RIÑAS: Se excluyen **tratamientos** de lesiones, **enfermedades o dolencias**, así como **accidentes** que se produzcan en actos delictivos intencionales en los que el **Asegurado Titular** o sus **dependientes** participe directamente o que sean derivados por riñas en las que el **asegurado** haya sido el provocador.
26. MANTENIMIENTO ARTIFICIAL DE VIDA: La **Aseguradora** no pagará el **mantenimiento artificial de vida** dentro de una institución hospitalaria (independientemente de la causa: muerte cerebral, estado vegetativo persistente, coma, trauma, etc.), incluyendo ventilación mecánica, alimentación parenteral o por gastrostomía, diálisis o cualquier otro procedimiento relacionado, cuando no se espere que dichos **tratamientos** resulten en la recuperación del **asegurado** o en la restauración de su salud. La **Aseguradora** se reserva el derecho de convocar a un panel de expertos en búsqueda de una segunda opinión para corroborar el pronóstico.
27. MATERNIDAD SUBROGADA: El **tratamiento** directamente relacionado con la maternidad subrogada. Esta exclusión es aplicable tanto si la **asegurada** actúa como madre sustituta, o cuando una tercera persona actúa como tal para el o la **asegurado(a)**. La maternidad a través de una madre de alquiler, donde una mujer acepta, por acuerdo, quedar embarazada con el objetivo de engendrar y dar a luz un niño (o niños) que posteriormente será(n) reconocido(s) como hijo(s) propio(s) de una pareja o de una persona soltera. Dicha figura no está regulada o permitida por la legislación boliviana. Sin embargo, la presente explicación se incluye para dar un mejor entendimiento a la causal de esta exclusión.
28. MEDICAMENTOS SIN RECETA: Medicamentos de venta libre o medicamentos que pueden obtenerse sin receta o medicamentos que no fueron recetados.
29. MEDICINA ALTERNATIVA: **Tratamiento** quiropráctico u homeopático, acupuntura o cualquier tipo de medicina alternativa, excepto cuando se especifique la cobertura en la **Tabla de Beneficios**.
30. MEDICAMENTOS COLOQUIALMENTE CONOCIDOS COMO CHINOS: Cualquiera de los siguientes medicamentos chinos tradicionales: hongo cordyceps, hongo ganoderma, astas de ciervo, cubilose; ejiao; hipocampos; ginseng; ginseng rojo; ginseng americano; ginseng radix silverstris; polvo de astas de antílope; placenta humana; hongo agaricus blazei murill; almizcle; polvo de perla; cuerno de rinoceronte; sustancias del elefante asiático, oso malayo, tigre y otras especies en peligro de extinción.
31. ÓRGANOS MECÁNICOS O ANIMALES: Órganos mecánicos o animales, excepto cuando se utiliza temporalmente un aparato mecánico para mantener la función corporal mientras se espera un trasplante. También se excluye la compra de un órgano donado de cualquier fuente y la recolección o almacenamiento de células madre como una medida preventiva contra posibles **enfermedades o dolencias** futuras.
32. PODOLOGÍA: Cuidado podiátrico cosmético, o que no sea **médicamente necesario**, así como pedicura, zapatos especiales y soportes de cualquier tipo o forma.

33. DESÓRDENES DE LA CONDUCTA O DEL DESARROLLO: No se cubrirán **tratamientos** relacionados con dificultades del aprendizaje, problemas relacionados con el desarrollo físico, desórdenes de la conducta, problemas de desarrollo tratados en un ambiente educacional para apoyar el desarrollo educacional, evaluaciones psicopedagógicas, exámenes psicométricos, terapias con fines psicoeducacionales o psicopedagógicos, ni **tratamientos** del desarrollo infantil. Los diagnósticos y **tratamientos** de autismo quedan limitados a la cobertura bajo el beneficio de autismo cuando se especifique cobertura en la **Tabla de Beneficios**.
34. PROFESIONAL O PROVEEDOR MÉDICO NO RECONOCIDO O EN INSTALACIONES MÉDICAS NO RECONOCIDAS: **Tratamiento** realizado por un profesional o proveedor médico no reconocido o **tratamiento** realizado en instalaciones médicas no reconocidas.
35. PRUEBAS GENÉTICAS: Los exámenes genéticos que sean realizados para determinar si el **asegurado** es susceptible o no de desarrollar una **enfermedad o dolencia** y cuyo único propósito sea preventivo, excepto cuando sean parte de **exámenes de diagnóstico**.
36. SERVICIO MILITAR Y/O POLICIAL: **Tratamiento** de **lesiones** que se produzcan mientras el **asegurado** se encuentra en servicio en una unidad militar o policial o durante la participación en una guerra, motín, rebelión o cualquier acto de insurrección civil o militar o lesiones sufridas en prisión.
37. TRATAMIENTO COSMÉTICO: Cirugía que no sea **médicamente necesaria** y **tratamiento** para alterar la apariencia del **asegurado** que sea considerada cosmética, tanto si se requiere o no por razones médicas o psicológicas.
38. TRATAMIENTO DE FERTILIDAD: **Tratamiento** para asistir en la reproducción, como:
- fertilización in-vitro (IVF)
 - **transferencia** intratubárica de gametos (GIFT)
 - **transferencia** intratubárica de cigotos (ZIFT)
 - inseminación artificial (IA)
 - **tratamiento** de medicamentos recetados
 - traslado del embrión (de una ubicación física a otra)
 - gastos relacionados con la donación de óvulos y/o semen
39. TRATAMIENTOS EN INSTITUCIONES PÚBLICAS: **Tratamientos** en cualquier institución gubernamental, cuando el **asegurado** es derecho-habiente de la misma, o de cualquier establecimiento de caridad, beneficencia pública, asistencia social o cualquier otra semejante, en donde no se exige remuneración.
40. TRATAMIENTO EXPERIMENTAL: La **Aseguradora** no pagará por **tratamientos** o medicamentos que dentro de sus lineamientos sean considerados experimentales. La **Aseguradora** tampoco pagará por medicamentos y equipo utilizado para propósitos que no sean aquellos definidos por su licencia, a menos de que esto sea autorizado previamente.
- La **Aseguradora** no pagará por cualquier costo relacionado con **tratamientos** o medicamentos experimentales si éstos son suministrados como parte de una **prueba clínica registrada** y estos gastos son cubiertos por un patrocinador de la prueba clínica.
41. TRATAMIENTOS MAXILARES: **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 temporomandibular, desórdenes cráneo-mandibulares, u otras condiciones de la mandíbula o 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, excepto cuando sean originadas por una condición cubierta bajo esta **póliza**.
42. TRATAMIENTOS PARA EL CRECIMIENTO: Cualquier **tratamiento** relacionado con la hormona del crecimiento, incluyendo **tratamientos** realizados por un estimulador de crecimiento óseo, excepto cuando esté directamente relacionado al **tratamiento** de una condición cubierta bajo la **póliza**.
43. TRATAMIENTOS POR OBESIDAD: **Tratamiento** para o como resultado de la obesidad, como suplementos alimenticios, medicamentos o asesoría nutricional. Los gastos asociados con cirugías por obesidad están cubiertos como se indica en la **Tabla de Beneficios**, sujetos a los términos y condiciones de la **póliza**. La cobertura para cirugía por obesidad está excluida para **asegurados** que ya hayan cumplido los sesenta (60)

años de edad, y para **asegurados** que aún no han cumplido con el período de espera o carencia de dos (2) años de cobertura bajo la **póliza**.

44. TRATAMIENTOS REALIZADOS POR FAMILIARES: **Tratamiento** que haya sido realizado por algún médico o proveedor de servicios médicos que sea **cónyuge, conviviente**, padre, madre, hermano(a), o hijo(a) de cualquier **asegurado** bajo esta **póliza**.
45. TRASTORNOS REFRACTIVOS: **Tratamientos**, equipos o cirugías para corregir la visión, como tratamiento de láser, queratotomía radial (RK) y queratotomía fotoretractiva (PRK), excepto cuando se especifique la cobertura en la **Tabla de Beneficios**.
46. **Tratamientos** que provengan de siniestros ocurridos en alguno de los países sancionados que aparecen en la lista elaborada por la Oficina de Control de Activos Extranjeros (OFAC) dependiente del gobierno de los Estados Unidos de Norteamérica, disponible en www.treasury.gov/about/organizational-structure/offices/Pages/Office-of-Foreign-Assets-Control.aspx
47. EXÁMENES Y DISPOSITIVOS VISUALES Y AUDITIVOS: Exámenes de rutina de ojos y oídos, dispositivos para la audición, anteojos, lentes de contacto.
48. TRATAMIENTO DENTAL: Cualquier tratamiento o servicio dental no relacionado con un accidente cubierto, o después de 30 (treinta) días de la fecha de un accidente cubierto.
49. TRATAMIENTO PSIQUIÁTRICO Y/O PSICOLÓGICO: No se cubrirán procedimientos de diagnóstico o **tratamientos** psiquiátricos y/o psicológicos durante una hospitalización cuando la razón principal de la **hospitalización** sea para diagnosticar o tratar una condición primariamente de origen mental. Tampoco está cubierto el síndrome de fatiga crónica.

El texto anterior fue consensuado con el **Asegurado Titular** y es responsabilidad de la **Aseguradora**, encontrándose debidamente registrado y autorizado por la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros APS, en cumplimiento de la normativa vigente en Bolivia, en virtud de la Resolución No. 722-2016 del 3 de junio de 2016, bajo el Registro No. 201-934777-2016 05 021, Anexo de Modificaciones a las Condiciones Generales de la Póliza aprobado mediante Resolución Administrativa APS/DS/No. 1737/2016 de fecha 5 de diciembre de 2016, Registro No. 201-934777-2016 05 021 2001, y Cláusula de Modificaciones al Condicionado General aprobada mediante Resolución Administrativa APS/DS/No. 1603/201 de fecha 27 de diciembre de 2017, Registro 201-934777-2016 05 021 2002.