



BUPA ECUADOR S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS

Cuáles son sus beneficios – Bupa Essential 500

Fecha de vigencia: 1 de marzo de 2017

Plan	Essential 500
Cobertura máxima por Asegurado, por año póliza	US\$500,000
Cobertura geográfica: <ul style="list-style-type: none"> ○ Ecuador ○ Latinoamérica y el Caribe ○ Estados Unidos de América 	<p>Sí</p> <p>Sí</p> <p>Sí</p>
Coaseguro: <ul style="list-style-type: none"> ○ Límite de coaseguro por asegurado ○ Límite de coaseguro por póliza 	<p>20%</p> <p>US\$10,000</p> <p>US\$20,000</p>
Red de Proveedores: <ul style="list-style-type: none"> ○ En Ecuador, Latinoamérica y el Caribe ○ En Estados Unidos de América 	Essential 500
Beneficios por hospitalización (sujetos a deducible y 20% de coaseguro)	Cobertura
Servicios hospitalarios	100%
Habitación y alimentación (privada/semiprivada)	100%
Unidad de cuidados intensivos	100%
Honorarios del médico/cirujano	100%
Honorarios del anestesista	100%
Honorarios del médico/cirujano asistente	100%
Servicios de diagnóstico (patología, radiografía, resonancia magnética, tomografía computarizada, tomografía por emisión de positrones (PET scan), ultrasonido, endoscopia)	100%
Medicamentos por receta durante la hospitalización	100%
Prótesis e implantes durante cirugía	100%
Tratamiento del cáncer (quimioterapia/radioterapia)	100%
Beneficios por tratamiento ambulatorio (sujetos a deducible y 20% de coaseguro)	Cobertura
Servicios ambulatorios	100%
Cirugía ambulatoria	100%
Visitas a médicos y especialistas	US\$80 por consulta
Consultas en Veris Centrales Médicas y USFQ	US\$6 copago (no aplica coaseguro ni deducible)
Medicamentos por receta (incluye tratamiento ambulatorio o sin hospitalización)	100%
Tratamiento del cáncer (quimioterapia/radioterapia)	100%
Atención médica en el hogar (debe ser pre-aprobada)	US\$200 por día Máx. 60 días por año póliza
Fisioterapia/rehabilitación (debe ser pre-aprobada)	100% Máx. 40 sesiones por año póliza

Servicios de diagnóstico (patología, radiografía, resonancia magnética, tomografía computarizada, tomografía por emisión de positrones (PET scan), ultrasonido, endoscopia)	100%
Diálisis	100%
Chequeo médico anual (incluye vacunas) ○ No aplica deducible	US\$150
Otros beneficios (sujetos a deducible y 20% de coaseguro)	Cobertura
Evacuación de emergencia: ○ Ambulancia aérea, por año póliza (debe ser pre-aprobada) Incluye viaje de regreso ○ Ambulancia terrestre ○ Repatriación de restos mortales	US\$25,000 100% US\$4,000
Cuidado de maternidad, por embarazo (incluye parto normal, parto por cesárea y todo tratamiento pre- y post-natal) ○ Período de espera de 10 meses ○ Planes 1 y 2 ○ No aplica deducible ni coaseguro	US\$3,500
Almacenamiento de sangre de cordón umbilical (incluido como parte del beneficio de maternidad)	Sí
Complicaciones del embarazo, la maternidad y el parto ○ Período de espera de 10 meses ○ Planes 1 y 2 ○ No aplica deducible ni coaseguro	US\$50,000
Cobertura provisional del recién nacido (por un máximo de 90 días después del parto) ○ No aplica deducible ni coaseguro	US\$10,000
Condiciones congénitas y hereditarias: ○ Diagnosticadas antes de los 18 años ○ Diagnosticadas a los 18 años o después	US\$75,000 100%
Procedimientos de trasplante ○ Por diagnóstico, de por vida ○ Incluye máximo para obtención del órgano y procedimientos de preparación del donante	US\$200,000 US\$25,000
Brazos y piernas artificiales	US\$30,000 Máx. US\$120,000 de por vida
Tratamiento dental de emergencia a consecuencia de un accidente	100%
Residencia y cuidados paliativos	100%
Cobertura extendida para dependientes elegibles debido a la muerte del Asegurado Principal	1 año sin costo
Segunda opinión quirúrgica requerida (sujeta a 30% de penalidad por incumplimiento)	100%
Tratamientos especiales (limitados a pre-aprobación de la Compañía)	100%
Deformidad de la nariz y del tabique nasal (cobertura por casos de accidente)	100%
Condiciones pre-existentes	Según Condiciones Particulares
Tratamiento médico de emergencia, incluso fuera de la Red	100%

Beneficios adicionales a partir del 2017 (sujetos a deducible y 20% de coaseguro)	Cobertura
Médico a domicilio <ul style="list-style-type: none"> No aplica deducible ni coaseguro Cobertura solamente en Ecuador 	US\$15 copago por visita Máx. 5 visitas por año póliza
Consultas por medicina alternativa (incluye tratamiento con profesionales calificados en naturopatía, homeopatía y medicina china debidamente registrados para ejercer en el país donde se recibe el tratamiento)	100% Máx. 12 visitas por año póliza
Servicios exequiales <ul style="list-style-type: none"> No aplica deducible ni coaseguro Cobertura solamente en Ecuador 	Sí
Cuidado dental (período de carencia de 60 días) <ul style="list-style-type: none"> Prevención: Aplicación de flúor (adultos y niños), consulta con cirugía, consulta con endodoncia, consulta con odontopediatría, consulta con ortodoncia, consulta con periodoncia, consulta con rehabilitación oral, examen clínico y diagnóstico, fase higiénica (profilaxis), rayos-x (periapicales) Urgencias odontología Extracciones simples Periodoncia: Remoción de cálculos supragingivales x boca Odontopediatría: Extracciones pediátricas con anestesia, ionómero de vidrio fotocurado en temporales No aplica deducible ni coaseguro Cobertura solamente en Ecuador 	100% 100% 100% 50% 70%

Red de Proveedores

La Red Essential 500 ofrece cobertura en Latinoamérica, el Caribe y los Estados Unidos de América. Sin embargo, ni la Compañía, ni USA Medical Services, ni ninguna de sus filiales o subsidiarias pertinentes relacionadas participarán en transacciones con cualquier parte o país donde dichas transacciones estén prohibidas por las leyes de los Estados Unidos de América. Por favor comuníquese con la Compañía para obtener más información sobre esta restricción.

Deducibles

Essential 500	Plan				
	1	2	3	4	5
Dentro del Ecuador	US\$250	US\$500	US\$1,000	US\$2,000	US\$5,000
Fuera del Ecuador	US\$500	US\$1,000	US\$2,000	US\$4,000	US\$5,000

Sus Beneficios

HABITACIÓN Y ALIMENTACIÓN: Se proporciona cobertura de este rubro solamente cuando la hospitalización es médicamente necesaria. La habitación estándar privada o semi-privada y alimentación en el hospital están cubiertas como se especifica en la Tabla de Beneficios.

UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS: Se proporciona cobertura de este rubro solamente cuando el uso de la unidad de cuidado intensivo es médicamente necesario. La habitación y alimentación en la unidad de cuidados intensivos están cubiertas como se especifica en la Tabla de Beneficios.

HONORARIOS DEL MÉDICO CIRUJANO: Los honorarios del cirujano principal deben ser aprobados previamente por la Compañía, y están cubiertos como se especifica en la Tabla de Beneficios con respecto al menor de:

- Los honorarios usuales, acostumbrados y razonables para el procedimiento realizado, o
- La tarifa aprobada por el cirujano para el procedimiento quirúrgico correspondiente, o

- (c) Tarifas especiales establecidas por la Compañía para un área o país determinado, o
- (d) Si al realizar el procedimiento quirúrgico se determina que es necesario otro procedimiento, y que debe llevarse a cabo en el mismo campo quirúrgico u orificio natural, la tarifa completa del procedimiento principal se pagará tal como se describe arriba, y el segundo procedimiento se cubrirá en un cincuenta por ciento (50%).

HONORARIOS DEL MÉDICO CIRUJANO: Los honorarios del cirujano principal deben ser aprobados previamente por la Compañía, y están cubiertos como se especifica en la Tabla de Beneficios con respecto al menor de:

- (a) Los honorarios usuales, acostumbrados y razonables para el procedimiento realizado, o
- (b) La tarifa aprobada por el cirujano para el procedimiento quirúrgico correspondiente, o
- (c) Tarifas especiales establecidas por la Compañía para un área o país determinado, o
- (d) Si al realizar el procedimiento quirúrgico se determina que es necesario otro procedimiento, y que debe llevarse a cabo en el mismo campo quirúrgico u orificio natural, la tarifa completa del procedimiento principal se pagará tal como se describe arriba, y el segundo procedimiento se cubrirá en un cincuenta por ciento (50%).

HONORARIOS DEL ANESTESISTA: Los honorarios de anestésista son los cargos de un anestésista por la administración de anestesia durante la realización de un procedimiento quirúrgico o por servicios médicamente necesarios para controlar el dolor. Los honorarios del anestésista deben ser aprobados previamente por la Compañía, y están cubiertos como se especifica en la Tabla de Beneficios con respecto al menor de:

- (a) Los honorarios usuales, acostumbrados y razonables por servicios de anestésista, o
- (b) Tarifas especiales establecidas por la Compañía para un área o país determinado.

HONORARIOS DEL MÉDICO/CIRUJANO ASISTENTE: Los honorarios del médico/cirujano asistente son los cargos del médico o cirujano que ayuda al cirujano principal en la realización de un procedimiento quirúrgico. Están cubiertos solamente cuando el médico/cirujano asistente es médicamente necesario para determinada operación, y aprobado previamente por la Compañía.

- (a) Los honorarios del médico/cirujano asistente están cubiertos como se especifica en la Tabla de Beneficios con respecto al menor de:
- (b) Los honorarios usuales, acostumbrados y razonables para el procedimiento, o
- (c) Tarifas especiales establecidas por la Compañía para un área o país determinado.

MEDICAMENTOS POR RECETA DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN: Los medicamentos por receta prescritos durante una hospitalización están cubiertos como se especifica en la Tabla de Beneficios.

SERVICIOS AMBULATORIOS: Los servicios ambulatorios incluyen todos los tratamientos o servicios médicos proporcionados u ordenados por un médico que no requieren de hospitalización, estos pueden incluir servicios prestados en un hospital o sala de emergencia cuando estos servicios tengan una duración de menos de veinticuatro (24) horas. Solamente se proporciona cobertura cuando el servicio es médicamente necesario. Los servicios ambulatorios deben ser pre-autorizados y están sujetos al coaseguro y deducible correspondiente.

En Veris Centrales Médicas y Sistemas Médicos Universidad San Francisco de Quito (USFQ), los siguientes servicios están sujetos a coaseguro, mas no están sujetos a deducible y no es necesaria la pre-autorización:

- Biometría hemática completa
- Perfil bioquímico, lipídico, hepático y renal básicos, orina FQS y cultivo, coproparasitario
- Electrocardiograma
- Ecografías abdominal, pélvica, abdominopélvica y transvaginal (no obstétrica)
- Colocación de vías para hidratación
- Nebulizaciones
- Colocación de cabestrillos
- Curación de heridas
- Drenaje de abscesos
- Suturas simples
- Retiro de suturas

VISITAS A MÉDICOS ESPECIALISTAS: Incluye el costo de honorarios del médico tratante por cada una de las atenciones realizadas al Asegurado en su consultorio privado. Se ofrece la conveniencia de Pago Directo Ambulatorio (PDA) en los nueve centros de atención de Veris Centrales Médicas y Sistemas Médicos Universidad San Francisco de Quito (USFQ). Las consultas médicas en Veris Centrales Médicas y Sistemas Médicos Universidad San Francisco de Quito solamente requieren un copago como se especifica en la Tabla de Beneficios, y no están sujetas a coseguro ni deducible.

MEDICAMENTOS POR RECETA: Los medicamentos por receta que hayan sido prescritos por primera vez después de una hospitalización o cirugía ambulatoria, o durante un tratamiento ambulatorio o sin hospitalización por una condición médica cubierta bajo esta póliza están cubiertos como se especifica en la Tabla de Beneficios. Se deberá incluir con la reclamación una copia de la receta del médico que atiende al Asegurado.

El total de todos los gastos cubiertos, hasta el límite máximo, será aplicado primero contra el pago del deducible. Cuando los gastos excedan el valor del deducible, la Compañía pagará la diferencia entre la cantidad de gastos aplicada al deducible y el límite del beneficio para cubrir medicamentos por receta.

ATENCIÓN MÉDICA EN EL HOGAR: Se cubrirán los cuidados al Asegurado en su hogar, los cuales deben ser prescritos y certificados por escrito por el médico tratante, deben ser necesarios para el tratamiento adecuado de la enfermedad o lesión, y prescritos en lugar de la hospitalización. La Atención Médica en el Hogar incluye los servicios de profesionales calificados y autorizados (por ejemplo, enfermeras, terapeutas, etc.) fuera del hospital, y no incluyen el cuidado asistencial; dichos cuidados se cubrirán como se especifica en la Tabla de Beneficios siempre y cuando sea aprobado con anticipación por la Compañía.

FISIOTERAPIA Y REHABILITACIÓN: Se cubrirán como se especifica en la Tabla de Beneficios siempre y cuando sean aprobadas con anticipación por la Compañía. Es necesario presentar evidencia actualizada de la necesidad médica y el plan de tratamiento.

EVACUACIÓN DE EMERGENCIA: El transporte de emergencia (por ambulancia terrestre o aérea) solamente será cubierto si está relacionado a una condición cubierta para la cual no puede proporcionarse tratamiento localmente, y el transporte por cualquier otro medio podría resultar en la pérdida de la vida o de la integridad física. El transporte de emergencia hacia la instalación médica más cercana deberá ser realizado por una compañía de transporte certificada y autorizada. El vehículo o aeronave utilizada deberá contar con personal con entrenamiento médico y estar equipado para atender emergencias médicas.

Para el transporte por ambulancia aérea, se considerará también lo siguiente:

- (a) Todo transporte por ambulancia aérea debe ser aprobado con anticipación y coordinado por la Compañía.
- (b) La cantidad máxima pagadera por este beneficio está especificada en la Tabla de Beneficios, por año póliza.
- (c) El Asegurado se compromete a mantener a la Compañía o a cualquier otra compañía afiliada o vinculada con la misma, libre de toda responsabilidad por cualquier negligencia que resulte de tales servicios de transporte, incluidos reclamos por demoras o restricciones en los vuelos causadas por el piloto o por problemas mecánicos, restricciones gubernamentales, o debido a condiciones operacionales.
- (d) Si el Asegurado es transportado para recibir tratamiento, él/ella y la persona acompañante, si aplica, recibirán reembolso por los gastos del viaje de regreso al lugar de donde el Asegurado fue evacuado. El viaje de regreso deberá llevarse a cabo no más de noventa (90) días después de que haya finalizado el tratamiento. Solamente se proporciona cobertura por los gastos de viaje equivalentes al valor de un boleto aéreo en clase económica, como máximo, por persona. Los servicios de transporte deberán ser pre-aprobados y coordinados por la Compañía.

CUIDADO DE MATERNIDAD: Se ofrece cobertura solamente para los planes especificados en la Tabla de Beneficios.

RECONOCIMIENTOS MÉDICOS DE RUTINA: Los reconocimientos médicos de rutina están cubiertos hasta el máximo especificado en la Tabla de Beneficios, por Asegurado, por año póliza, sin deducible. Los reconocimientos médicos de rutina pueden incluir procedimientos de diagnóstico y vacunas.

COMPLICACIONES DEL EMBARAZO, LA MATERNIDAD Y EL PARTO: (Para los planes especificados en la Tabla de Beneficios) Las complicaciones del embarazo, la maternidad y/o del recién nacido durante el parto (no

relacionadas a condiciones congénitas o hereditarias), tales como prematuridad, bajo peso al nacer, hiperbilirrubinemia (ictericia), hipoglucemia, déficit respiratorio, y traumatismo durante el parto estarán cubiertas como sigue:

- (a) El beneficio máximo especificado en la Tabla de Beneficios por embarazo cubierto no está sujeto a deducible ni coaseguro.
- (b) Este beneficio solamente aplicará si se cumplen todas las estipulaciones bajo los beneficios de Cuidado de Maternidad y Cobertura del Recién Nacido.
- (c) Este beneficio no aplica para complicaciones relacionadas a cualquier condición excluida o no cubierta bajo esta Póliza, incluyendo pero no limitado a complicaciones de la maternidad o del recién nacido durante el parto que surjan de un embarazo que sea resultado de cualquier tipo de tratamiento de fertilidad o cualquier tipo de procedimiento de fertilidad asistida, o de embarazos en los cuales la fecha del parto se lleve a cabo durante los diez (10) meses calendario del período de espera para el beneficio de maternidad.
- (d) Los embarazos ectópicos y los abortos involuntarios están cubiertos bajo el total máximo de este beneficio.
- (e) Para propósitos de esta póliza, el parto por cesárea no es considerado una complicación del embarazo, maternidad y parto.
- (f) Las complicaciones causadas por una condición cubierta que ha sido diagnosticada antes del embarazo, y/o cualquiera de sus consecuencias, serán cubiertas de acuerdo con los límites de la póliza.

PROCEDIMIENTOS DE TRASPLANTE: El beneficio máximo por Asegurado, por diagnóstico, de por vida para procedimientos de trasplante está especificado en la Tabla de Beneficios, después de satisfacer el deducible. La cobertura para el trasplante de órganos, células y tejido humano se ofrece únicamente dentro de la Red de Proveedores para Procedimientos de Trasplante de la Compañía. No se proporcionará cobertura fuera de la Red de Proveedores para Procedimientos de Trasplante de la Compañía. Este beneficio de cobertura para procedimientos de trasplante comienza en el momento en que la necesidad de trasplante ha sido determinada por el médico, ha sido certificada por una segunda opinión médica o quirúrgica, y ha sido aprobada por la Compañía, y está sujeto a todos los términos, condiciones y exclusiones de la Póliza.

Este beneficio incluye:

- (a) Cuidado antes del trasplante, incluyendo todos los servicios directamente relacionados con la evaluación de la necesidad del trasplante, evaluación del Asegurado para el procedimiento de trasplante, y preparación y estabilización del Asegurado para el procedimiento de trasplante.
- (b) Reconocimiento médico pre-quirúrgico, incluyendo exámenes de laboratorio, radiografías, tomografías computarizadas, imágenes de resonancia magnética, ultrasonidos, biopsias, medicamentos y suministros.
- (c) Los costos de la obtención, transporte y extracción de órganos, células o tejido, incluyendo el almacenamiento de médula ósea, células madre, o sangre del cordón umbilical están cubiertos hasta el máximo especificado en la Tabla de Beneficios por diagnóstico, el cual está incluido como parte del beneficio máximo para el trasplante. Los procedimientos de preparación del donante, incluyendo pruebas de compatibilidad de donantes potenciales están incluidos en este beneficio.
- (d) La hospitalización, cirugías, honorarios de médicos y cirujanos, anestesia, medicamentos, y cualquier otro tratamiento necesario durante el procedimiento de trasplante.
- (e) El cuidado post-operatorio, incluyendo pero no limitado a cualquier tratamiento de seguimiento médicamente necesario después del trasplante, y cualquier complicación que resulte después del procedimiento de trasplante, ya sea consecuencia directa o indirecta del mismo.
- (f) Medicamentos o medidas terapéuticas necesarios para asegurar la viabilidad y permanencia del órgano, célula o tejido humano trasplantado.
- (g) Cuidado médico en el hogar, cuidados de enfermería (por ejemplo, cuidado de la herida, infusiones, evaluaciones, etc.), transporte de emergencia, atención médica, visitas médicas, transfusiones, suministros, o medicamentos relacionados con el trasplante.

BRAZOS Y PIERNAS ARTIFICIALES: Este beneficio cubre brazos, manos, piernas y pies artificiales como se especifica en la Tabla de Beneficios. El beneficio incluye todos los costos asociados con el procedimiento, incluyendo cualquier terapia relacionada con el uso del nuevo dispositivo artificial.

Los brazos y piernas artificiales serán cubiertos cuando el paciente es capaz de alcanzar funcionalidad o actividad ambulatoria por medio del uso de la prótesis y/o brazo o pierna artificial, y si el paciente no sufre una condición cardiovascular, neuromuscular o del aparato locomotor que sea significativa y pueda llegar a afectar o ser afectada negativamente por el uso del dispositivo artificial (por ejemplo, una condición que impida al paciente caminar normalmente).

Las reparaciones del dispositivo artificial están cubiertas solamente cuando sean necesarias debido a cambios anatómicos o de funcionalidad o debido a desgaste por uso normal, que hagan que el dispositivo no funcione, y cuando dicha reparación devuelva la funcionalidad del equipo.

La sustitución del dispositivo artificial está cubierta solamente cuando cambios anatómicos o de funcionalidad o desgaste por uso normal hagan que el dispositivo no funcione y no pueda ser reparado. La cobertura inicial, las reparaciones y/o sustituciones de los brazos y piernas artificiales deben ser pre-aprobadas por la Compañía.

MÉDICO A DOMICILIO: El servicio de médico a domicilio se prestará a través de UTIM Médico a Domicilio tal como se especifica en la Tabla de Beneficios. No aplica deducible ni coaseguro.

CONSULTAS POR MEDICINA ALTERNATIVA: Se cubrirán las consultas y los tratamientos con profesionales calificados en naturopatía, homeopatía y medicina china debidamente registrados para ejercer en el país donde se recibe el tratamiento. 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 independiente.

SERVICIOS EXEQUIALES: Los servicios exequiales se prestarán a través de Jardines del Valle, e incluirán lo siguiente:

- Asesoría y orientación permanente las 24 horas del día
- Trámites legales para inhumación o cremación
- Traslados locales y a nivel nacional
- Traslados a salas de velación y camposanto
- Traslados interprovinciales vía aérea o terrestre
- Formolización
- Tanatopraxia
- Cofre mortuario
- Salas de velación o capilla ardiente hasta 24 horas
- Servicio religioso de acuerdo al culto
- Arreglos florales, libro de condolencias, servicio de cafetería, servicio telefónico local
- Nicho o columbario en arrendamiento por 4 años
- Cremación y entrega de cenizaria

CUIDADO DENTAL: El cuidado dental se prestará a través de Sentinel Ecuador, S.A. después de completar un período de carencia de sesenta (60) días a partir de la fecha efectiva de cobertura.

COBERTURA DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD: Las coberturas para personas con discapacidad estarán disponibles siempre que el asegurado sea calificado como persona discapacitada por la autoridad sanitaria nacional de acuerdo con los lineamientos regulatorios de elegibilidad indicados en la LEY ORGÁNICA DE DISCAPACIDADES publicada el 25 de septiembre de 2012 y sus normas reglamentarias.

- Las condiciones preexistentes, incluyendo las enfermedades graves, catastróficas o degenerativas que sobrevengan como consecuencia de la discapacidad, serán cubiertas con un monto de cobertura mínima de veinte (20) salarios básicos unificados por año. Esta cobertura surtirá efecto transcurrido un período de espera estipulado en la LEY ORGÁNICA DE DISCAPACIDADES, contados desde la fecha de emisión de la póliza de seguro. Este límite no aplicará en caso de discapacidad superviniente.
- Las condiciones preexistentes relacionadas con la discapacidad, serán cubiertas aun cuando la persona cambie de programa de salud o plan de medicina prepagada o aseguradora o empresa de medicina prepagada.
- La cobertura de cualquier condición médica y/o condición preexistente que no sea consecuencia de la discapacidad no estará sujeta a lo dispuesto en esta cláusula sino a las condiciones generales de la póliza.
- Las pólizas suscritas con personas con discapacidad tendrán una duración de al menos tres (3) años. En el caso de cancelación anticipada no motivada por parte del asegurado, el asegurado o afiliado perderá el derecho a la continuidad de cobertura prevista en el Artículo 25 de la Ley Orgánica de Discapacidades.

En caso de pólizas grupales, al cancelar anticipadamente la póliza el contratante, la persona con discapacidad podrá suscribir con la aseguradora una póliza individual por el tiempo remanente de los tres (3) años.

- La cuantía de las primas para personas con discapacidad es igual a las fijadas para las pólizas emitidas a favor de personas sin discapacidad.

EXCLUSIONES Y LIMITACIONES

Cualquier examen médico o estudio de diagnóstico que forme parte de un examen físico de rutina, incluyendo vacunas y la emisión de certificados médicos, y exámenes con el propósito de demostrar la capacidad del Asegurado para trabajar o viajar, excepto como se especifica bajo la provisión denominada "Reconocimientos Médicos de Rutina" de la póliza.

Tratamiento quiropráctico, homeopático, acupuntura o cualquier tipo de medicina alternativa, excepto como se especifica bajo la provisión denominada "Medicina Alternativa" de la póliza.

Almacenamiento de médula ósea, células madre, excepto sangre de cordón umbilical como se especifica en la Tabla de Beneficios, u otro tipo de tejido o célula. Los costos relacionados con la adquisición e implantación de un corazón artificial, otros órganos artificiales o de animales, y todos los gastos relacionados con la criopreservación por más de veinticuatro (24) horas de duración.

Cualquier tratamiento relacionado con procedimientos de trasplante, incluyendo pero no limitado al trasplante de órganos humanos, animales o artificiales, excepto como se especifica bajo la provisión denominada "Procedimientos de Trasplante" de la póliza.

DEFINICIONES

COPAGO: Es una pequeña cantidad fija de dinero que el Asegurado debe pagar por ciertos beneficios. El copago promueve el uso responsable de los servicios médicos y otorga al Asegurado un precio menor en su prima.

RECONOCIMIENTO MÉDICO DE RUTINA: Examen médico que se lleva a cabo a intervalos regulares para verificar un estado normal de salud o descubrir una enfermedad en su etapa inicial. El reconocimiento médico no incluye exámenes o consultas para dar seguimiento a una enfermedad que ha sido diagnosticada con anterioridad.

SERVICIOS AMBULATORIOS: Tratamientos o servicios médicos proporcionados u ordenados por un médico que no requieren de hospitalización. Los servicios ambulatorios pueden incluir servicios prestados en un hospital o sala de emergencia cuando estos servicios tengan una duración de menos de veinticuatro (24) horas.