



GUÍA DE BIENVENIDA

BUPA GLOBAL ELITE HEALTH PLAN



CONTENIDO

- 3 Bienvenido
- 4 Si usted está despierto, nosotros también...velando por su bienestar
- 6 ¿Necesita tratamiento?
- 7 Servicio excepcional
- 9 Cómo agregar dependientes a su póliza
- 10 Cómo presentar una reclamación
- 13 Información útil y práctica

BIENVENIDO

Gracias por elegir a Bupa, una de las aseguradoras internacionales líderes en el mercado. La confianza en el personal y los servicios médicos que brindamos es esencial. El compromiso con nuestros asegurados es testimonio de nuestra capacidad para velar por su salud como su patrimonio más importante. Por eso le ofrecemos más que una póliza de seguro. Incluimos servicios preventivos, cuidamos de su salud y protegemos su bienestar. Nuestro propósito es vidas más largas, sanas y felices.

En esta guía encontrará un resumen sobre su **póliza** de seguro Bupa Global Elite Health Plan, así como información importante respecto a los siguientes puntos:

- Qué hacer en caso de necesitar **tratamiento** médico
- Cómo agregar **dependientes** a su **póliza**
- Explicación del proceso de **reclamación** paso a paso
- Información útil y práctica para ayudarle a manejar su **póliza**

Con el objetivo de aprovechar todas las ventajas de su **póliza** de seguro, por favor lea detenidamente las Condiciones Generales y Particulares de su **póliza** antes y después de su contratación. Allí encontrará información sobre todos los beneficios y exclusiones estipulados bajo su seguro.

ANTES DE COMENZAR, NOS GUSTARÍA DESTACAR ALGUNOS PUNTOS...

PALABRAS EN NEGRITAS	Las palabras en negritas pueden tratarse de términos definidos que son importantes para su cobertura y cuyo significado puede consultar en el Glosario incluido en las Condiciones Generales de su póliza .
COBERTURA A NIVEL GLOBAL	Su área de cobertura es global siempre y cuando el tratamiento esté cubierto bajo su póliza de seguro. Usted puede recibir tratamiento en cualquier consultorio médico, hospital y clínica reconocido dentro del área geográfica de cobertura de su póliza de seguro Bupa Global Elite Health Plan. Le recomendamos la utilización de nuestra red de proveedores preferidos, la cual se encuentra en nuestra página www.bupasalud.com .
TRATAMIENTOS QUE ESTÁN CUBIERTOS	Su póliza de seguro Bupa Global Elite Health Plan cubre los gastos para el tratamiento de lesiones, enfermedades o padecimientos que sea necesario para conservar o recuperar su salud. Usted contará con cobertura si el tratamiento: <ul style="list-style-type: none">○ Está cubierto de acuerdo a las Condiciones Generales, y○ Está aprobado por la autoridad de salud del país en el que se encuentre, y○ Es clínicamente apropiado en términos de tipo, duración, ubicación geográfica y frecuencia.

¿ALGUNA PREGUNTA?

Estamos dispuestos a ayudarle en todo momento: consulte nuestro Centro de Bienvenida en bupasalud.com/centrodebienvenida para conocer todo lo que debe saber sobre su póliza, o contáctenos de 9:00 a 17:00 hrs. de lunes a viernes:

En Panamá: (507) 321 6200
Correo electrónico: bupalocal@bupalatinamerica.com

O a través de USA Medical Services las 24 horas del día, los 365 días del año:

En EE.UU.: +1 (305) 275-1500
Desde EE.UU. sin cobro: +1 (800) 726-1203
Fax: +1 (305) 275-1518
Correo electrónico: usamed@bupalatinamerica.com
Fuera de los EE.UU.: El número de teléfono se encuentra en su tarjeta de seguro o en www.bupasalud.com

SI USTED ESTÁ DESPIERTO, NOSOTROS TAMBIÉN... VELANDO POR SU BIENESTAR

Usted puede llamar en cualquier momento del día o de la noche para recibir apoyo o asistencia a través de personas capacitadas que entienden su situación. Estamos a su completa disposición para brindarle:

- Información médica general
- Asistencia en la búsqueda de proveedores médicos locales
- Coordinación de citas médicas
- Acceso a segundas opiniones médicas

En **Bupa** sabemos que cada persona y situación es diferente; por esto nos enfocamos en la búsqueda de respuestas y soluciones que funcionen específicamente para usted. Nuestro equipo de asistencia manejará su caso de principio a fin, lo que significa que siempre va a poder contar con alguien que conoce su caso.



¿NECESITA TRATAMIENTO?

Queremos asegurarnos de que todo funcione de la manera más efectiva posible al momento que necesite **tratamiento**, ayudándole a través de todo el proceso para que pueda concentrarse en su recuperación.

Por favor contáctenos antes de iniciar un **tratamiento** para explicarle sus beneficios y confirmar que el **tratamiento** esté cubierto por su **póliza** de seguro Bupa Global Elite Health Plan. Si lo requiere, también podemos asistirle con información de **hospitales**, **clínicas** y **especialistas**.

Ciertos beneficios requieren autorización previa, lo cual está indicado en la **Tabla de Beneficios** de su póliza. Bupa se reserva el derecho de no pagar estos beneficios si no se ha otorgado la autorización previa.

En caso de necesitar **tratamiento** hospitalario, el contactarnos también nos da la oportunidad de comunicarnos con su **hospital** o clínica para asegurarnos de que ellos tengan todo lo que necesitan, incluyendo una autorización previa para su **tratamiento**. De ser posible, llegaremos a un acuerdo para pagarles directamente. Nosotros nos ocupamos de los aspectos prácticos, y usted, de su recuperación.

Los servicios ofrecidos por proveedores de servicios médicos a nuestros **asegurados** son independientes de los servicios ofrecidos por **Bupa** en términos del **contrato** de seguro, por lo que la calidad de los mismos es responsabilidad exclusiva del proveedor de servicios médicos.

Es importante informarle que existen ciertos beneficios para los que necesita recibir autorización previa, lo cual está indicado en la **Tabla de Beneficios** de las Condiciones Generales de su **póliza**. **Bupa** se reserva el derecho de no pagar estos beneficios si no se ha otorgado la autorización previa.

QUÉ DEBE HACER PARA RECIBIR AUTORIZACIÓN PREVIA

Es un proceso fácil y rápido que le ayudará a obtener el **tratamiento** que necesita tan pronto como sea posible. Por favor contáctenos para obtener autorización por lo menos setenta y dos (72) horas antes de recibir el **tratamiento**. El **tratamiento de emergencia** deberá ser notificado dentro de las setenta y dos (72) horas siguientes al inicio de dicho **tratamiento**.

Podremos requerir toda clase de información y documentación médica necesaria para evaluar las circunstancias del siniestro, así como solicitarle que complete los formatos correspondientes.

También podríamos solicitarle información médica adicional para descartar cualquier **enfermedad o padecimiento** preexistente, así como cualquier exclusión aplicable. Una vez que tengamos los datos necesarios y la autorización sea procedente, le enviaremos a usted y a su **hospital** o clínica una carta de autorización.

Recuerde que le ofrecemos el servicio de segundas opiniones médicas, una opción útil y muchas veces necesaria

La solución a los problemas de salud no siempre es en blanco y negro. Por eso le ofrecemos la oportunidad de consultar una segunda opinión con **especialistas** independientes reconocidos a nivel mundial.

NUESTRO ENFOQUE RESPECTO A LOS GASTOS

Cubrimos aquellos gastos que sean **usuales, acostumbrados y razonables**. Estos gastos, conocidos por sus siglas en inglés como UCR, representan la cantidad máxima que consideraremos elegible para pago bajo su seguro de salud. Esta cantidad es determinada en base a una revisión periódica de los cargos prevalecientes para un servicio en particular ajustado según la región o área geográfica específica.

Las instituciones gubernamentales o cuerpos médicos oficiales ocasionalmente publican directrices para el pago de honorarios y prácticas médicas (incluyendo planes de **tratamiento** que indican los cuidados más apropiados para una enfermedad, operación o procedimiento específico). En estos casos, o en donde existan publicaciones de los estándares de la industria del seguro, podremos hacer referencia a estas directrices mundiales generales cuando estemos realizando la evaluación para procesar el pago.

Una vez completada la autorización, usted podrá recibir tratamiento

Recuerde llevar siempre consigo su tarjeta de seguro que le identifica como **asegurado** de Bupa Global Elite Health Plan y presentarla a su proveedor de servicios médicos para recibir su **tratamiento**, junto con su carta de autorización.



SERVICIO EXCEPCIONAL

Brindamos un alto nivel de servicio en todos nuestros seguros de salud, que nos caracteriza para que usted:

- Pueda tratarse en cualquier parte del mundo
- Obtenga atención hospitalaria y ambulatoria
- Se beneficie de la evacuación médica cuando el tratamiento que necesite no esté disponible localmente
- Reciba tratamiento para cáncer y enfermedades serias, durante el tiempo que lo necesite mientras esté asegurado con nosotros.
- Pueda contratar una póliza hasta los 74 años.
- Obtenga acceso a segundas opiniones médicas
- Se beneficie de un **deducible** a nivel mundial, el cual está limitado al equivalente de dos por familia, por **año póliza**.

¿POR QUÉ ELEGIR BUPA GLOBAL ELITE HEALTH PLAN?

Este seguro le ofrece una cobertura excepcional de salud en dondequiera que se encuentre y en donde usted decida recibir tratamiento. Además, su póliza incluye cobertura dental, cuidados médicos a domicilio y terapias complementarias.

Bupa Global Elite Health Plan es una excelente opción para la familia. Este seguro incluye una completa cobertura de maternidad, sin costo adicional para los niños de hasta 10 años de edad que hayan nacido durante la cobertura de la póliza (máximo dos hijos por padre cubierto bajo la póliza).

El seguro Bupa Global Elite Health Plan es la mejor alternativa para deportistas amateur y profesionales, ya que incluye cobertura para la práctica de deportes de alto riesgo.



CÓMO AGREGAR DEPENDIENTES A SU PÓLIZA

Puede solicitar incluir a **dependientes** a su **póliza** llenando una **solicitud** de seguro que puede descargar fácilmente desde nuestra página web www.bupasalud.com: si prefiere, puede comunicarse con nosotros y le enviaremos este documento por correo electrónico.

Cuando usted presente la **solicitud** para agregar a un nuevo **dependiente** a la **póliza**, deberá proporcionar información y documentación respecto al estado de salud, la cual será revisada por nuestro equipo médico. Lo anterior puede resultar en una modificación de cobertura para padecimientos y/o enfermedades preexistentes, restricciones o exclusiones especiales, o puede resultar en que rechazemos la **solicitud** de cobertura. Cualquier restricción o exclusión especial aplica únicamente al nuevo **dependiente**, y se verá reflejada en su certificado de seguro.

¿AGREGANDO A SU RECIÉN NACIDO?

¡Felicitaciones por el nuevo integrante de su familia!

Su bebé puede estar incluido en su **póliza** desde su nacimiento sin tener que llenar una **solicitud** de seguro y estará cubierto independientemente de cualquier enfermedad, siempre y cuando:

- al menos uno de los padres haya estado cubierto bajo esta **póliza** de seguro por lo menos 10 meses antes del nacimiento del niño, y
- una copia del certificado de nacimiento sea presentada dentro de 90 días posteriores a la fecha de nacimiento

Requerimos que nos envíe una **solicitud** de seguro debidamente completada, acompañada del acta o certificado de nacimiento si:

- El certificado de nacimiento no es presentado dentro de los 90 días posteriores a la fecha de nacimiento, como se indica previamente
- Ninguno de los padres ha estado cubierto bajo esta **póliza** por lo menos 10 meses antes del nacimiento del niño
- Ninguno de los adultos en esta **póliza** son los padres del niño
- El niño es adoptado o si nació de una maternidad subrogada

En los casos en los cuales tenga que presentar una **solicitud** de seguro para el niño **recién nacido**, se seguirá el proceso descrito para agregar a un **dependiente**. Si hay cualquier cambio en la información que proporcionó en la **solicitud** después de que usted la firme, y antes de que aceptemos la **solicitud**, deberá notificarnos inmediatamente.

CÓMO PRESENTAR UNA RECLAMACIÓN

Le ofrecemos un proceso rápido y fácil para presentar reclamaciones, ya sea que elija el pago directo o reembolso. Algunos beneficios necesitan ser previamente autorizados; por ello asegúrese de leer la **Tabla de Beneficios** de sus Condiciones Generales. La sección **¿Necesita Tratamiento?** le ofrece más detalles sobre cómo presentar una reclamación.

Nos reservamos el derecho de solicitar más información médica para poder procesar su reclamación.

1

PAGO DIRECTO

Pagamos directamente al proveedor de servicios médicos.

Para proceder de forma rápida y eficiente con las autorizaciones, el equipo de servicios médicos debe recibir del proveedor de servicios médicos, agente o asegurado el formulario médico completado incluyendo los honorarios médicos y la firma del médico tratante. En algunos casos será necesario el envío de información adicional para su aprobación.

REEMBOLSO

Usted paga al proveedor de servicios médicos y solicita el reembolso de los gastos.

Usted puede encontrar un formulario de reclamación en línea o solicitarlo por correo electrónico.

Puede presentar su reclamación a través de su agente de seguros o directamente en nuestras oficinas:

Bupa Panamá

P.H. Prime Time, Piso 25
Oficina 25B, Costa del Este
Ave. La Rotonda
Panamá



Si usted necesita asistencia con alguna reclamación,
llámenos al:
+ (507) 321 6200

O visite nuestra página web
www.bupalud.com

Esta información de contacto también la puede
encontrar en su tarjeta del seguro.

2

Si el caso es procedente, se
enviará autorización al
proveedor de servicios
médicos, y usted será
responsable del pago del
deducible de acuerdo a lo
estipulado por su **póliza**.

El proveedor de servicios
médicos enviará la factura
posteriormente.

El **médico** tratante debe firmar
y completar la información de
la sección médica del
formulario de reclamación.

Usted debe firmar y completar
todas las secciones restantes,
adjuntar las facturas originales,
los exámenes médicos
practicados y enviarnos la
documentación.



3

Realizaremos el pago
directamente al proveedor de
servicios médicos.

Nos encargamos de revisar y
evaluar la información para
determinar la procedencia de
la reclamación y el reembolso.



Se le enviará un informe de
los pagos efectuados.

Cuando procesamos su
reclamación, sus beneficios
son pagados de acuerdo a
la **Tabla de Beneficios**.

A estos beneficios se le
descuenta el **deducible**
que usted eligió para su
póliza.



INFORMACIÓN ÚTIL Y PRÁCTICA

¿CÓMO FUNCIONA EL DEDUCIBLE?

El **deducible** que haya elegido se verá reflejado en la carátula de su **póliza** y en su tarjeta de seguro.

El **deducible** es la cantidad que usted debe cubrir cada **año póliza** antes que nosotros empecemos a pagar cualquier gasto.

Es importante que nos envíe todas sus reclamaciones, incluso si el valor de su reclamación es menor que el **deducible**. La reclamación contará para calcular la acumulación de su **deducible**. Si su reclamación es por un monto superior al valor del **deducible** pendiente, pagaremos los gastos de acuerdo a sus beneficios.

El **deducible** aplica:

- Por cada **año póliza**,
- Individualmente para cada **asegurado**, con un máximo equivalente a dos **deducibles** por familia,
- Para todos los beneficios de esta **póliza** de seguro, excepto cuando se especifique lo contrario.

La **Tabla de Beneficios** de sus Condiciones Generales proporciona una explicación respecto de lo que está cubierto en su **póliza** y las limitaciones de los beneficios.

EJEMPLO (DEDUCIBLE DE US\$2,000)	
Se realiza una cirugía	
Los gastos totales aprobados son US\$5,000	El deducible es de US\$2,000
La cantidad pagada por nosotros es de US\$3,000	
Durante el transcurso del mismo año póliza , se requiere otra hospitalización con un costo de US\$6,000 , la cual ha sido aprobada.	Como el deducible correspondiente a ese año póliza ya fue cubierto, el deducible a aplicar es de US\$0
La cantidad pagada por nosotros es de US\$6,000	

MONEDA

Todas las limitaciones a los beneficios se expresan en US\$ (dólares americanos) y se computan de acuerdo al tipo de cambio en la fecha del servicio.

PERÍODOS DE ESPERA

Algunos beneficios están sujetos a períodos de espera. Esto significa que no podrá presentar una reclamación para dichos beneficios hasta que haya sido completado el período de espera correspondiente.

LÍMITES DE LOS BENEFICIOS

Hay tres tipos de limitaciones de beneficios que aparecen en la **Tabla de Beneficios**:

1. El “**límite máximo**” – la máxima cantidad que vamos a pagar en total por todos los beneficios, por cada **asegurado**, por cada **año póliza**
2. “De por vida” – la cantidad máxima del beneficio que vamos a pagar por cada **asegurado** durante su vida
3. Limitaciones a los beneficios por sesiones, visitas o días – la cantidad máxima que vamos a pagar por ciertos beneficios, como la **rehabilitación**

Todas las limitaciones a los beneficios son por **asegurado**. Algunas limitaciones aplican por **año póliza**, lo que significa que una vez que se ha alcanzado un límite, el beneficio ya no estará disponible hasta que renueve su **póliza** de seguro. Otras limitaciones aplican de por vida, lo que significa que una vez que se ha alcanzado un límite, no se pagarán más beneficios, independientemente de la **renovación** de su **póliza**.

IMPORTANTE

Para permitirnos brindarle un mejor servicio y ayudarnos a controlar los gastos médicos, recuerde presentar siempre su tarjeta de seguro. El no hacerlo puede resultar en la aplicación de los costos usuales, acostumbrados y razonables.

Bupa Panamá, S.A.

P.H. Prime Time, Piso 25

Oficina 25B

Costa del Este, Ave. La Rotonda

Panamá, República de Panamá

Tel (507) 321 6200

Fax (507) 830 5212

www.bupasalud.com

bupalocal@bupalatinamerica.com