

**%BUname%****Tabla de Beneficios de la Póliza de Seguro de Gastos Médicos Mayores Classic**

Información general	Sí	No
Beneficios en los Estados Unidos de América y en el resto del mundo están sujetos a la Red de Proveedores.	X	
Cobertura requiere notificación.	X	
Todos los beneficios están cubiertos según las tarifas Usuales, Acostumbradas y Razonables.	X	
Cobertura dentro de la Red de Proveedores.	X	
Cobertura fuera de la Red de Proveedores.	X	
<b>Cobertura máxima por Asegurado, por Año Póliza</b>	<b>US\$3,000,000</b>	
<b>Beneficios por hospitalización</b>	<b>Cobertura</b>	
Servicios hospitalarios: Habitación y alimentación (privada/semiprivada estándar) <ul style="list-style-type: none"> <li>Dentro de la Red de Proveedores</li> <li>Fuera de la Red de Proveedores</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>100%</li> <li>70%</li> </ul>	
Unidad de cuidados intensivos <ul style="list-style-type: none"> <li>Dentro de la Red de Proveedores</li> <li>Fuera de la Red de Proveedores</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>100%</li> <li>70%</li> </ul>	
Honorarios médicos y de enfermería	100%	
Medicamentos por receta durante la hospitalización	100%	
Procedimientos de diagnóstico (patología, exámenes de laboratorio, radiografías, resonancia magnética, tomografía computarizada, tomografía por emisión de positrones (PET scan), ultrasonido, endoscopia)	100%	
Cama para acompañante de menor de edad hospitalizado, por día (no incluye alimentación)	US\$100	
<b>Beneficios por tratamiento ambulatorio</b>	<b>Cobertura</b>	
Cirugía ambulatoria	100%	
Visitas a médicos y especialistas, por visita	US\$60	
Medicamentos por receta: <ul style="list-style-type: none"> <li>Después de una hospitalización o cirugía ambulatoria (por un máximo de 6 meses)</li> <li>Tratamiento ambulatorio o sin hospitalización</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>US\$7,000</li> <li>US\$3,000</li> </ul>	
Procedimientos de diagnóstico (patología, exámenes de laboratorio, radiografías, resonancia magnética, tomografía computarizada, tomografía por emisión de positrones (PET scan), ultrasonido, endoscopia)	100%	
Fisioterapia y servicios de rehabilitación (requieren pre-aprobación)	100% Máx. 40 sesiones	
Atención médica en el hogar, por día (requiere pre-aprobación) <ul style="list-style-type: none"> <li>Reconocimiento médico de rutina No aplica deducible</li> </ul>	US\$200 Máx. 60 días Sin cobertura	
Vacunas (medicamente requeridas) <ul style="list-style-type: none"> <li>No aplica deducible</li> <li>Sujeto a 20% de coaseguro</li> </ul>	US\$300	
Centros de atención de urgencias y clínicas de conveniencia en EE. UU. <ul style="list-style-type: none"> <li>Sujeto a un copago de US\$50</li> <li>No aplica deducible</li> </ul>	100%	
<b>Beneficios por maternidad (Opciones de deducible 2 y 3)</b>	<b>Cobertura</b>	
Embarazo, maternidad y parto, por embarazo <ul style="list-style-type: none"> <li>Incluye parto normal, parto por cesárea, tratamiento pre- y postnatal, y vitaminas requeridas durante el embarazo</li> <li>Período de espera de 10 meses</li> <li>No aplica deducible</li> </ul>	US\$4,000	

Cuidado del bebé saludable (nacido de un embarazo cubierto) <ul style="list-style-type: none"> <li>Máximo 2 visitas durante los primeros 12 meses de vida</li> <li>Máximo US\$50 para vacunas</li> <li>No aplica deducible</li> </ul>	100%
Almacenamiento de sangre de cordón umbilical (máximo de por vida por embarazo cubierto) <ul style="list-style-type: none"> <li>No aplica deducible</li> </ul>	Incluido bajo el beneficio de embarazo, maternidad y parto
Complicaciones del embarazo, maternidad y parto <ul style="list-style-type: none"> <li>Período de espera de 10 meses</li> <li>No aplica deducible</li> </ul>	US\$150,000
Cobertura provisional del recién nacido (máximo de 90 días después del parto de un embarazo cubierto) <ul style="list-style-type: none"> <li>No aplica deducible</li> </ul>	US\$15,000

Beneficios por transportación médica	Cobertura
Evacuación médica de emergencia: <ul style="list-style-type: none"> <li>Ambulancia aérea (requiere pre-aprobación)</li> <li>Ambulancia terrestre</li> <li>Viaje de regreso (requiere pre-aprobación)</li> <li>Repatriación de restos mortales (requiere pre-aprobación)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>US\$100,000</li> <li>100%</li> <li>100%</li> <li>US\$5,000</li> </ul>

Otros beneficios	Cobertura
Tratamiento del cáncer (quimioterapia/radioterapia/trasplante de médula ósea)	100%
Insuficiencia renal terminal (diálisis)	100%
Procedimientos de trasplante (máximo por diagnóstico, de por vida) <ul style="list-style-type: none"> <li>Costos de obtención, transporte y extracción de órganos, y preparación del donante (incluido en el total)</li> </ul>	US\$250,000 <ul style="list-style-type: none"> <li>US\$25,000</li> </ul>
Condiciones congénitas y/o hereditarias: <ul style="list-style-type: none"> <li>Diagnosticadas antes de los 18 años de edad (máximo de por vida)</li> <li>Diagnosticadas a los 18 años de edad o después</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>US\$250,000</li> <li>100%</li> </ul>
Prótesis (máximo de por vida US\$120,000)	US\$30,000
Tratamientos especiales (implantes, aparatos y dispositivos ortóticos, equipo médico durable, radioterapia, quimioterapia y medicamentos altamente especializados)	100%
Sala de emergencias (con o sin hospitalización)	100%
Cobertura dental de emergencia	100%
Cuidados paliativos para pacientes terminales	100%
Terapeuta complementario (máximo 20 sesiones)	Sin cobertura
Tratamiento de la mandíbula	Sin cobertura
Actividades o deportes peligrosos <ul style="list-style-type: none"> <li>Cubre profesionales o quienes reciben pago:</li> </ul>	100% <ul style="list-style-type: none"> <li>No</li> </ul>
VIH/SIDA (solamente como resultado de un accidente relacionado con el trabajo o por transfusión de sangre)	Sin cobertura
Extensión de cobertura para dependientes elegibles debido al fallecimiento del Asegurado Principal	1 año

**Beneficio de segunda opinión quirúrgica**  
Si un cirujano ha recomendado que el asegurado sea sometido a un procedimiento quirúrgico que no sea de emergencia, el asegurado tendrá la opción de solicitar una segunda opinión quirúrgica si así lo desea. Dicha segunda opinión quirúrgica debe ser realizada por un médico seleccionado de común acuerdo entre el asegurado y la Aseguradora. En caso de que la segunda opinión quirúrgica contradiga o no confirme la necesidad de cirugía, la Aseguradora también cubrirá el costo de una tercera opinión quirúrgica de un médico seleccionado de común acuerdo entre el asegurado y la Aseguradora.

#### OPCIONES ADICIONALES CON LA COMPRA DEL ANEXO (no incluidas automáticamente)

Beneficios para cobertura opcional	Cobertura
Anexo de Cobertura Para Procedimientos de Trasplante (máximo por asegurado, por diagnóstico, de por vida) <ul style="list-style-type: none"> <li>Período de espera de 6 meses a partir de la fecha de vigencia del anexo</li> </ul>	US\$500,000
Anexo de Cobertura Para Complicaciones Perinatales y del Embarazo (máximo por anexo) <ul style="list-style-type: none"> <li>En Planes 1, 2 y 3, no aplica Deducible</li> <li>En Planes 4, 5 y 6, aplica Deducible</li> <li>La fecha estimada de parto debe ser por lo menos diez meses calendario después de la fecha de inicio</li> </ul>	US\$500,000

del anexo

- Para complicaciones no relacionadas a condiciones congénitas y/o hereditarias

Este texto es responsabilidad de la Aseguradora y fue registrado en la Superintendencia de Bancos según Resolución Número 022-2021 del siete de enero de 2021, registro que no prejuzga sobre el contenido del mismo.