



Tabla MiBupa Optim@+Módulo Base 2024

TABLA DE COBERTURAS

NOMBRE DEL PLAN:	MiBupa Optim@
TIPO DE PLAN:	INDIVIDUAL
MODALIDAD:	MIXTA
TIPO DE DEDUCIBLE.	POR PERSONA
VALOR DEL DEDUCIBLE.	US\$100
MONTO MÁXIMO DE COBERTURA POR ASEGURADO POR INCAPACIDAD Y POR AÑO PÓLIZA: (Aplicará el acumulado de todos los gastos realizados por un mismo asegurado durante su año de vigencia).	US\$55.000
COBERTURA GEOGRÁFICA.	ECUADOR
NOMBRE DEL TARIFARIO APLICABLE.	TARIFARIO BASE (basado en Mc Graw Hill - 40%)
	PRESTACIONES DE PREVENCIÓN PRIMARIA: Tarifario Nacional

FINANCIAMIENTO/ COBERTURAS/ PRESTACIONES SANITARIAS

PRESTACIONES SANITARIAS Beneficios amparados en la cobertura.	RED CERRADA			RED ABIERTA		
	COPAGO	SUB-LÍMITES / TOPES MÁXIMOS DE COBERTURA	CARENCIA	COPAGO	SUB-LÍMITES / TOPES MÁXIMOS DE COBERTURA	CARENCIA

COBERTURA AMBULATORIA

Visitas a médicos y especialistas.	N/A			10%	US\$50 por consulta	30 días
Visitas a médicos y especialistas. • Red Preferida Bupa y valor de Fee administrativo por visita, disponible en la Compañía o en su página de Internet: www.bupasalud.com.ec N/A coaseguro ni deducible.	Fee administrativo por visita.	Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario.	30 días	N/A		
Cirugía ambulatoria.	10%	Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario.	30 días	30%	Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario.	30 días
Medicamentos Genéricos por receta.	10%	Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario.	30 días	10%	Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario.	30 días
Medicamentos de Marca por receta.	30%	Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario.	30 días	30%	Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario.	30 días

COBERTURA AMBULATORIA (continuación)

Consultas por medicina alternativa y ancestral. Incluye tratamiento con profesionales calificados en naturopatía, homeopatía y medicina china debidamente registrados para ejercer en el país donde se recibe el tratamiento. Incluye medicamentos por receta.		N/A		30%	Máximo 4 visitas por año póliza hasta US\$50 c/u.	30 días
Salud mental en ambulatorio (psiquiatra, psicólogo o psicoterapeuta). • Red Preferida Bupa y valor de Fee administrativo por visita, disponible en la Compañía o en su página de Internet: www.bupasalud.com.ec N/A coaseguro ni deducible.	Fee administrativo por visita.	Máximo 6 sesiones por persona y por año póliza.	30 días		N/A	
Fisioterapia/rehabilitación (debe ser pre-aprobada) incluye: Terapias físicas, cardíacas y respiratorias. • Red Preferida Bupa y valor de Fee administrativo por visita, disponible en la Compañía o en su página de Internet: www.bupasalud.com.ec Solo en red cerrada N/A coaseguro ni deducible.	Fee administrativo por visita.	Máximo 16 sesiones por persona y por año póliza.	30 días	10%	Máximo 16 visitas por año póliza hasta US\$15 c/u.	30 días
Terapia de lenguaje (debe ser pre-aprobada).		N/A		10%	US\$50	30 días
Servicios de diagnóstico dentro del protocolo.	10%	Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario.	30 días	30%	Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario.	30 días
Diálisis y Hemodiálisis.	10%	Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario.	30 días	30%	Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario.	30 días
Médico a domicilio. • Red Preferida Bupa y valor de Fee administrativo por visita, disponible en la Compañía o en su página de Internet: www.bupasalud.com.ec N/A coaseguro ni deducible.	Fee administrativo por visita.	Máximo 20 visitas por año póliza.	30 días		N/A	
ATENCIÓN PRE-HOSPITALARIA						
Evacuación de emergencia. • Ambulancia aérea, por año póliza (debe ser pre-aprobada)	10%	US\$3,000	24 horas		Beneficio exclusivo Red Cerrada.	
Evacuación de emergencia. • Ambulancia terrestre.	10%	US\$150	24 horas		N/A	

COBERTURA HOSPITALARIA

Servicios y atenciones hospitalarias.	10%	Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario.	90 días	30%	Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario.	90 días
Habitación y alimentación (privada/semiprivada).	10%	US\$100 por día.	90 días	30%	US\$100 por día.	90 días
Cama y alimentación para un acompañante en niños y personas mayores de 75 años.	10%	US\$100 por día.	90 días	30%	US\$100 por día.	90 días
Unidad de cuidados intensivos.	10%	Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario.	90 días	30%	Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario.	90 días
Honorarios del médico/cirujano.	10%	Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario.	90 días	30%	Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario.	90 días
Honorarios del anestésista.	10%	Hasta el 35% de los honorarios del Cirujano Principal.	90 días	30%	Hasta el 35% de los honorarios del Cirujano Principal.	90 días
Honorarios del médico/cirujano asistente.	10%	Hasta el 30% de los honorarios del Cirujano Principal.	90 días	30%	Hasta el 30% de los honorarios del Cirujano Principal.	90 días
Servicios de diagnóstico dentro del protocolo.	10%	Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario.	90 días	30%	Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario.	90 días
Laboratorio clínico, imagen y estudios anatomopatológicos.	10%	Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario.	90 días	30%	Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario.	90 días
Medicamentos intrahospitalarios.	10%	Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario.	90 días	30%	Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario.	90 días
Insumos y dispositivos médicos.	10%	Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario.	90 días	30%	Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario.	90 días
Rehabilitación intra-hospitalaria.	10%	Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario.	90 días	30%	Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario.	90 días
Apoyo Psicológico durante estancia intrahospitalaria.	10%	Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario.	90 días	30%	Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario.	90 días
Prótesis e implantes no dentales.	10%	Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario.	90 días	30%	Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario.	90 días

COBERTURA DE MATERNIDAD						
Cuidado de maternidad, por embarazo (incluye parto normal, parto por cesárea y todo tratamiento pre- y post-natal, así como también el almacenamiento de sangre del cordón umbilical. • Red Preferida Bupa y valor de Fee administrativo por visita, disponible en la Compañía o en su página de Internet: www.bupasalud.com.ec . • N/A deducible ni coaseguro.	0%	US\$2,500	60 días	20%	US\$2,500	60 días
Complicaciones de maternidad, parto y del recién nacido. • N/A deducible ni coaseguro.	0%	US\$10,000	60 días	20%	US\$10,000	60 días
COBERTURAS OBLIGATORIAS						
Enfermedades crónicas y catastróficas sobrevinientes.	10%	Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario.	30 días ambulatorio 90 días hospitalario	20%	Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario.	30 días ambulatorio 90 días hospitalario
Tratamiento médico de emergencia.	10%	Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario.	24 horas	20%	US\$500	24 horas
Tratamiento médico de emergencia por accidente.	0%	Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario.	24 horas	20%	US\$500	24 horas
Tratamiento médico de emergencia, incluidas emergencias por accidente, en casos de mora en contraprestaciones económicas.	10%	US\$500	24 horas	20%	US\$500	24 horas
Prestaciones de prevención primaria incluidas en tarifa cero. El detalle de las coberturas de esta prestación se encuentra en las Condiciones Generales de esta Póliza. • N/A deducible ni coaseguro.	0%	De acuerdo al Tarifario Nacional	30 días	N/A		
Otras que determine la Autoridad Sanitaria.	10%	US\$2,500	30 días	20%	US\$2,500	30 días
OTRAS COBERTURAS						
Condiciones congénitas y/o hereditarias.	10%	Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario.	30 días ambulatorio 90 días hospitalario	20%	Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario.	30 días ambulatorio 90 días hospitalario

OTRAS COBERTURAS (continuación)

Tratamiento integral del cáncer y rehabilitación.	10%	Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario.	90 días	20%	Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario.	90 días
Trasplante: La Compañía cubrirá los gastos que correspondan a los procesos de pre trasplante, trasplante y post trasplante, las complicaciones médicas que se derivaren de dichos procesos, necesarios para atender al donante y al receptor.	10%	Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario.	90 días	20%	Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario.	90 días
Prótesis y aparatos ortopédicos.	10%	Hasta US\$15,000	90 días	20%	Hasta US\$15,000	90 días
Deformidad de la nariz y del tabique nasal (cobertura por casos de accidente y ser médicamente necesario).	10%	US\$2,000	90 días	20%	US\$2,000	90 días

BENEFICIOS ADICIONALES

Control niño sano: Consultas, 12 visitas durante el primer año de edad, 6 visitas hasta los 2 años de edad, posterior 2 visitas al año hasta los 5 años. (Incluye vacunas aprobadas por el MSP).	10%	US\$70 por visita	30 días	20%	US\$70 por visita	30 días
Operación exímer laser.	10%	Hasta US\$1,000 por cada ojo.	90 días	20%	Hasta US\$1,000 por cada ojo.	90 días
Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA).	10%	Hasta US\$10,000	30 días ambulatorio 90 días hospitalario	20%	Hasta US\$10,000	30 días ambulatorio 90 días hospitalario
Pap test como control.	10%	Hasta US\$50	90 días	20%	Hasta US\$50	90 días
Mamografía.	10%	Hasta US\$50	90 días	20%	Hasta US\$50	90 días
Antígeno Prostático.	10%	Hasta US\$50	90 días	20%	Hasta US\$50	90 días
Medias Elásticas. Siempre y cuando sean parte del tratamiento de una incapacidad.	10%	Hasta US\$50	90 días	20%	Hasta US\$50	90 días
Plantillas y zapatos ortopédicos. Ajuste del zapato normal.	10%	Hasta US\$50	90 días	20%	Hasta US\$50	90 días
Servicios exequiales, sin costo de prima adicional. • Aplica únicamente en Red Preferida Bupa, disponible en la Compañía o en su página de Internet: www.bupasalud.com.ec	0%	US\$2,200	N/A		N/A	

PROHIBICIÓN A LAS EXCLUSIONES

Tratamiento dental de emergencia a consecuencia de un accidente.	10%	Hasta US\$ 700	24 horas	20%	Hasta US\$ 700	24 horas
Cuidados paliativos.	10%	US\$70 por día, máximo 20 días	90 días	20%	US\$70 por día, máximo 20 días.	90 días
Enfermedades de transmisión sexual.	10%	US\$70	30 días ambulatorio 90 días hospitalario	Beneficio exclusivo Red Cerrada.		
Métodos anticonceptivos temporales y permanentes.	10%	US\$70	90 días	20%	US\$70	90 días
Ligadura y vasectomía.	10%	Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario.	90 días	20%	Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario.	90 días
Atención integral a personas con problemas de malnutrición incluye medicamentos suplementarios y vitaminas.	10%	US\$70	30 días ambulatorio 90 días hospitalario	20%	US\$70	30 días ambulatorio 90 días hospitalario
Suscedáneos de leche materna para fines médicos (leches medicadas) Para niños menores de 2 años siempre y cuando sea parte del tratamiento de una incapacidad.	10%	Hasta US\$200	90 días	20%	Hasta US\$200	90 días
Cirugía Reconstructiva o Correctiva (debe ser pre-aprobada).	10%	Hasta US\$2,000	90 días	20%	Hasta US\$2,000	90 días
Incapacidades provenientes del uso de alcohol, drogas o estupefacientes.	10%	Hasta US\$250	90 días	20%	Hasta US\$250	90 días
Medicamentos suplementarios y vitaminas (siempre y cuando sea parte del tratamiento de una incapacidad).	10%	US\$50	30 días	20%	US\$50	30 días

PREEXISTENCIAS

Mejora de la Cobertura de Condiciones preexistentes.	De acuerdo a la cobertura.	Hasta US\$1.000 unificados por año póliza, aplicando los límites de cada beneficio.	12 meses	De acuerdo a la cobertura	Hasta US\$1.000 unificados por año póliza, aplicando los límites de cada beneficio.	12 meses
Condiciones preexistentes Beneficio de ley para condiciones preexistentes, de acuerdo a lo especificado en las Condiciones Generales de esta póliza.	De acuerdo a la cobertura.	Hasta 20 salario básicos unificados por año póliza, aplicando los límites de cada beneficio.	24 meses	De acuerdo a la cobertura	Hasta 20 salario básicos unificados por año póliza, aplicando los límites de cada beneficio.	24 meses

DISCAPACIDAD

Beneficio de ley para condiciones preexistentes, de acuerdo a lo especificado en las Condiciones Generales de esta póliza.	De acuerdo a la cobertura.	Hasta 20 salario básicos unificados por año póliza, aplicando los límites de cada beneficio.	3 meses	De acuerdo a la cobertura	Hasta 20 salario básicos unificados por año póliza, aplicando los límites de cada beneficio.	3 meses
--	----------------------------	--	---------	---------------------------	--	---------

Código de Aprobación ACESS N°: 012-010-147

Ligado al Contrato ACESS N°: 012-SI7-2021

El Contratante y/o Asegurado Principal podrá solicitar a la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros la verificación de este texto.
Nota: La Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros para efectos de control asignó a la presente Tabla de Coberturas el registro No. 58177, con oficio No. SCVS-IRCVSQ-DRS-2024-00099944-O del 28 de agosto de 2024.



Bupa Ecuador S.A.
Compañía de Seguros

Quito, Av. República de El Salvador N34-229 y Moscú,
Ed. San Salvador, Piso 3
Tel (593-2) 4018945