

BUPA PANAMÁ, S.A.
Tabla de Beneficios
Bupa Corporate Care Opción 1



NOTAS GENERALES SOBRE LOS BENEFICIOS Y LIMITACIONES

- La Tabla de Beneficios y las Condiciones Generales de la Póliza contienen información sobre la cobertura para tratamientos para los Asegurados, sujeta a cualquier acuerdo y/o cambio entre la Aseguradora y el Administrador de Grupo. El Certificado Individual indica cuál es la opción y el deducible que han sido seleccionados por el Administrador de Grupo. Si necesita más información o ayuda, puede comunicarse con el Equipo de Servicio Corporativo o con su Administrador de Grupo.
- La Tabla de Beneficios es solamente un resumen de los beneficios pagaderos a los Asegurados. Por favor lea la Póliza cuidadosamente, ya que en ella se explican en detalle los beneficios pagaderos. La Aseguradora solamente pagará los gastos hasta el máximo especificado en la Tabla de Beneficios de acuerdo al contrato firmado con el Administrador de Grupo.
- Todas las cantidades están expresadas en dólares de los Estados Unidos de América, por asegurado, por año de membresía a menos que se especifique lo contrario.
- Los asegurados deben notificar a la aseguradora antes de comenzar cualquier tratamiento.
- Los asegurados no están obligados a obtener tratamiento dentro de la Red de Proveedores.
- Todos los reembolsos son procesados de acuerdo a las tarifas usuales, acostumbradas y razonables (UCR) por servicios médicos específicos. La cantidad UCR es la cantidad máxima que la Aseguradora considerará elegible para pago, ajustada para una región o área geográfica específica.
- Ni la aseguradora, 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 aseguradora para obtener más información sobre esta restricción.
- Cualquier diagnóstico o procedimiento terapéutico, tratamiento o beneficio está cubierto únicamente si es originado por una condición cubierta bajo la membresía.
- Todos los beneficios están sujetos a cualquier deducible aplicable, a menos que se indique lo contrario.
- El Asegurado debe notificar a la Aseguradora por lo menos setenta y dos (72) horas antes de recibir cualquier cuidado médico. El tratamiento de emergencia debe ser notificado dentro de las setenta y dos (72) horas siguientes del inicio de dicho tratamiento. Si el Asegurado no se comunica con la Aseguradora como se establece en la Póliza, él/ella será responsable por el treinta por ciento (30%) de todos los gastos cubiertos de médicos y hospital relacionados con la reclamación, además del deducible y coaseguro de su plan, si corresponden. Si el Asegurado no notifica a la Aseguradora antes de su tratamiento, la Aseguradora no garantiza el pago directo al proveedor.

| | |
|---|---|
| Cobertura Máxima Anual por Asegurado | US\$1,000,000 |
| Área de Cobertura Mundial (Excluyendo los EE. UU) | Dentro y fuera de la Red de proveedores |
| Área de Cobertura en EE. UU. | Solo tiene cobertura dentro de la Red Corporate (disponible en www.bupasalud.com.pa) |

| Beneficios y limitaciones por hospitalización | Cobertura |
|--|-----------|
| Servicios hospitalarios | 100% |
| Habitación y alimentación (privada/semi privada estándar): | 100% |
| Cama para acompañante de menor de 18 años hospitalizado, por día | US\$300 |
| Unidad de cuidados intensivos: | 100% |
| Honorarios médicos y de enfermería | 100% |
| Medicamentos por receta durante la hospitalización | 100% |
| Procedimientos de diagnóstico (patología, exámenes de laboratorio, radiografías, imagen por resonancia magnética (IRM), tomografía axial computarizada (TAC), tomografía por emisión de positrones (PET scan), ultrasonido, ecocardiograma y endoscopia) | 100% |

| Beneficios y limitaciones por tratamiento ambulatorio | Cobertura |
|--|---------------|
| Cirugía ambulatoria | 100% |
| Visitas a médicos y especialistas <ul style="list-style-type: none"> ○ Aplica un coaseguro de 20% | 100% (*) |
| Medicamentos por receta prescritos después de una hospitalización o cirugía ambulatoria | US\$10,000 |
| Medicamentos por receta que no han sido prescritos después de una hospitalización o cirugía ambulatoria <ul style="list-style-type: none"> ○ Aplica un coaseguro del 20% | US\$5,000 (*) |
| Procedimientos de diagnóstico (patología, exámenes de laboratorio, radiografías, imagen por resonancia magnética (IRM), tomografía axial computarizada (TAC), tomografía por emisión de positrones (PET scan), ultrasonido, ecocardiograma y endoscopia) <ul style="list-style-type: none"> ○ Aplica un coaseguro del 20% | 100% (*) |
| Fisioterapia y servicios de rehabilitación (deben ser pre-aprobados, máx. 30 días por año de membresía) <ul style="list-style-type: none"> ○ Aplica un coaseguro del 20% | 100% (*) |
| Atención médica en el hogar (debe ser pre-aprobada, máx. 30 días por año de membresía) <ul style="list-style-type: none"> ○ Aplica un coaseguro del 20% | 100% (*) |
| Reconocimiento médico de rutina <ul style="list-style-type: none"> ○ No aplica deducible | US\$150 |
| Salud mental, máximo 30 visitas por asegurado por año póliza | 100% |
| Tratamiento en centros de atención de urgencias y clínicas de conveniencia en EE.UU <ul style="list-style-type: none"> ○ Sujeto a un copago de US\$50 ○ No aplica deducible | 100% |
| Vacunas (medicamento requeridas) <ul style="list-style-type: none"> ○ Aplica un coaseguro del 20% ○ No aplica deducible | US\$300 |

(*) Aplica un coaseguro del 20%

| Beneficios y limitaciones por maternidad (Solo aplica a planes 0/1,000 y 500/2,000) | Cobertura |
|--|-------------|
| Embarazo, maternidad y parto, incluye tratamiento pre- y postnatal (incluyendo examen de detección prenatal genética no invasivo (detección de ADN fetal libre), vitaminas requeridas durante el embarazo y las visitas para el cuidado del recién nacido saludable. Parto normal (máx. por embarazo) Parto por cesárea médicamente prescrita (máx. por embarazo) <ul style="list-style-type: none"> ○ Período de espera de 10 meses ○ No aplica deducible | US\$8,000 |
| Complicaciones de la maternidad y el parto (máx. de por vida) | US\$150,000 |
| Cobertura provisional del recién nacido (por un máximo de 90 días después del parto) <ul style="list-style-type: none"> ○ Solo embarazos cubiertos ○ No aplica deducible | US\$10,000 |

| Beneficios y limitaciones por evacuación médica | Cobertura |
|---|--|
| Evacuación médica de emergencia: <ul style="list-style-type: none"> ○ Ambulancia aérea (máx. por incidente) No aplica deducible ○ Ambulancia terrestre local (máx. por incidente) No aplica deducible ○ Ambulancia terrestre Internacional (máx. por incidente) No aplica deducible ○ Viaje de regreso ○ Repatriación de restos mortales | US\$50,000 100% US\$1,000 100% US\$5,000 |
| Debe ser pre-aprobado y coordinado por la Aseguradora | |
| Otros beneficios y limitaciones | Cobertura |
| Tratamiento del cáncer (quimioterapia/radioterapia/trasplante de médula ósea) | 100% |
| Insuficiencia renal terminal (diálisis) | 100% |
| Procedimientos de trasplante (máx. de por vida) | US\$500,000 |
| Condiciones congénitas y/o hereditarias (máx. de por vida) | US\$300,000 |
| Tratamientos especiales, debe ser pre-aprobado (Prótesis, implantes, aparatos y dispositivos ortóticos, equipo médico durable, radioterapia, quimioterapia y medicamentos) | 100% |
| Tratamiento en sala de emergencia relacionado con enfermedad o accidente grave | 100% |
| Tratamiento dental relacionado con un accidente (hasta 6 meses después del accidente) | 100% |
| Cuidados paliativos para pacientes terminales | 100% |
| VIH/SIDA (máx. de por vida, período de espera de 12 meses) | US\$50,000 |
| Extensión de cobertura para dependientes elegibles debido al fallecimiento del asegurado principal | 1 año |
| Beneficios y limitaciones para cobertura opcional (no incluidos automáticamente) | Cobertura |
| Cuidado Dental <ul style="list-style-type: none"> ○ Cuidado dental básico y especializado, por asegurado, por año de membresía ○ Ortodoncia, por asegurado de 18 años de edad o menos, de por vida ○ No aplica deducible ○ Sujeto a 20% de coaseguro | US\$1,500 (*) US\$1,500 (*) |
| Cuidado de la Vista <ul style="list-style-type: none"> ○ Exámenes oculares, armaduras, lentes, lentes de contacto | US\$200 |

(*) Aplica un 20% de Coaseguro

Código: PTY-CC-REV23

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto están registradas ante la Superintendencia de Seguros y Reaseguros de Panamá, de conformidad con lo dispuesto en la Ley 12 de 2012, mediante Resolución Número **DRLA-089** de fecha **19 de diciembre 2024**.