



GUÍA PARA ASEGURADOS  
BUPA  
CORPORATE  
CARE UW

MÉXICO



**CONTENIDO**

1.- EXPERIENCIA EN SALUD.....	2
2.- CONTRATO .....	7
3.- BENEFICIOS.....	12
4.- CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA.....	16
5.- EXCLUSIONES Y/O LIMITACIONES GENERALES...	26
6.- CLAUSULAS GENERALES .....	34
7.- DEFINICIONES .....	46
8.- SUPLEMENTO.....	55

# EXPERIENCIA EN SALUD

## LÍNEA DE AYUDA AL CLIENTE DE BUPA

Usted puede comunicarse a USA Medical Services las 24 horas del día, los 365 días del año, a través de los siguientes medios:

En México:	<b>5202-17-01</b>
Horario de 8:00 a 17:00 hrs. de lunes a viernes.	
Y las 24 horas del día, los 365 días del año a los siguientes números de teléfono:	
En México, sin costo:	<b>0180003263339</b>
En los EE.UU.:	<b>+1 (305) 275-1500</b>
Sin costo desde los EE.UU.:	<b>+1 (800) 726-1203</b>
Fax:	<b>+1 (305) 275-8555</b>
Correo electrónico:	<b>usamed@usamedicalservices.com</b>
Fuera de los EE.UU.:	<b>EL NÚMERO DE TELÉFONO SE ENCUENTRA EN SU TARJETA DE IDENTIDAD, O EN <a href="http://www.bupa.com.mx">www.bupa.com.mx</a></b>

## USA MEDICAL SERVICES

### SU LÍNEA DIRECTA A LA EXPERIENCIA MÉDICA

Como parte del grupo Bupa, USA Medical Services ofrece a los Asegurados de Bupa apoyo profesional al presentar una reclamación. Sabemos que es natural sentirse ansioso durante una enfermedad o después de un accidente; por eso hacemos todo lo posible para ayudarle a coordinar su hospitalización y ofrecerle el asesoramiento y la ayuda que necesite.

USA Medical Services desea que usted y su familia tengan la tranquilidad que se merecen. En caso de una crisis médica, ya sea que necesite verificar beneficios o una ambulancia aérea, nuestro personal profesional está a su alcance con sólo una llamada las 24 horas del día, los 365 días del año. Nuestro personal profesional mantendrá una comunicación constante con usted y su familia, recomendando el hospital y/o especialista adecuado durante cualquier crisis médica.

### CUANDO OCURRE LO PEOR, ESTAMOS A SU ALCANCE CON SÓLO UNA LLAMADA

En caso de traslado médico de emergencia, USA Medical Services proporciona aviso anticipado a la instalación médica, manteniendo una comunicación continua durante el traslado. Mientras se suministra el tratamiento y cuidado inicial, USA Medical Services sigue de cerca el progreso del paciente y reporta a su familia y seres queridos cualquier cambio en su condición.

Cuando cada segundo de su vida cuenta... Cuente con USA Medical Services.

## REQUISITO DE NOTIFICAR A BUPA

EEI Asegurado debe notificar a USA Medical Services, la administradora de reclamaciones de Bupa, por lo menos setenta y dos (72) horas antes de recibir cualquier cuidado médico. Cualquier tratamiento de emergencia debe ser notificado dentro de las setenta y dos (72) horas siguientes del inicio de dicho tratamiento, salvo caso fortuito o fuerza mayor, debiendo darlo tan pronto como cese uno u otro.

Si el Asegurado no se comunica con USA Medical Services como se establece en este documento, 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 USA Medical Services antes de su tratamiento, Bupa no garantiza el pago directo al proveedor.

## DISPONIBLE LAS 24 HORAS DEL DÍA, LOS 365 DÍAS DEL AÑO

En México, sin costo:

En los EE.UU.:

Sin costo desde los EE.UU.:

Fax:

Correo electrónico:

Fuera de los EE.UU.:

**0180003263339**

**+1 (305) 275-1500**

**+1 (800) 726-1203**

**+1 (305) 275-8555**

**usamed@usamedicalservices.com**

**EL NÚMERO DE TELÉFONO SE ENCUENTRA EN SU  
TARJETA DE IDENTIDAD, O EN [www.bupa.com.mx](http://www.bupa.com.mx)**

the 1990s, the number of people in the UK who are employed in the public sector has increased from 10.5 million to 12.5 million, and the number of people in the public sector who are employed in health care has increased from 2.5 million to 3.5 million (Department of Health 2000).

There are a number of reasons for this increase. One of the main reasons is the increasing demand for health care services. The population of the UK is ageing, and there is a growing number of people with chronic conditions such as heart disease, diabetes, and asthma. This has led to an increase in the number of people who are hospitalised and the length of their stays. In addition, there has been a growing emphasis on preventive care, which has led to an increase in the number of people who are screened for cancer and other diseases.

Another reason for the increase in the number of people employed in the public sector is the increasing demand for health care services in the private sector. The private sector has grown significantly in the last few years, and this has led to an increase in the number of people who are employed in the private sector. However, the public sector still remains the largest employer in the health care industry.

There are a number of challenges facing the public sector in the future. One of the main challenges is the increasing demand for health care services. The population of the UK is ageing, and there is a growing number of people with chronic conditions. This will lead to an increase in the number of people who are hospitalised and the length of their stays. In addition, there will be a growing emphasis on preventive care, which will lead to an increase in the number of people who are screened for cancer and other diseases.

Another challenge facing the public sector is the increasing demand for health care services in the private sector. The private sector has grown significantly in the last few years, and this has led to an increase in the number of people who are employed in the private sector. However, the public sector still remains the largest employer in the health care industry.

There are a number of ways in which the public sector can meet these challenges. One way is to increase the number of people who are employed in the public sector. This can be done by recruiting more people and by providing training and development opportunities for existing staff. Another way is to improve the efficiency of the public sector. This can be done by reducing waste and by improving the quality of care.

In conclusion, the number of people employed in the public sector has increased significantly in the last few years. This is due to a number of factors, including the increasing demand for health care services and the increasing demand for health care services in the private sector. The public sector still remains the largest employer in the health care industry, but it is facing a number of challenges in the future. It is important that the public sector takes steps to meet these challenges, in order to ensure that it can continue to provide high quality health care services to the population of the UK.

**CONTRATO**

1



Esta póliza, los certificados individuales, los endosos, las cláusulas adicionales y coberturas que se agreguen a la misma, se emiten en consideración a la solicitud y a las declaraciones formuladas para la apreciación del riesgo por el Asegurado o el Contratante. En consecuencia dichos documentos constituyen prueba del contrato celebrado entre el Contratante y Bupa y en su caso, de sus renovaciones.

En consecuencia, el Contratante y los Asegurados están obligados a declarar en las solicitudes mencionadas, de acuerdo con el cuestionario que las mismas contienen, todos los hechos importantes para la apreciación de los riesgos que puedan influir en las condiciones convenidas, tal como los conozcan o deban conocer en el momento de la celebración del contrato o del ingreso en la Agrupación Asegurada.

Bupa México, Compañía de Seguros, S.A. de C. V., denominada en adelante "Bupa", se obliga mediante el pago de la prima estipulada, a cubrir vía reembolso al Asegurado Titular o el pago directo a los prestadores de servicios, los gastos médicos en los que incurra el Asegurado Titular durante la vigencia de esta póliza, tanto en el territorio de la República Mexicana, como en el extranjero, hasta por la suma asegurada indicada en esta póliza, a consecuencia de enfermedades y accidentes amparados, ocurridos en su persona o de sus dependientes incluidos en la póliza y de acuerdo a las condiciones y límites estipulados en este contrato

Agrupaciones Asegurables: Se consideran Agrupaciones Asegurables:

- a) El personal de confianza o sindicalizado de un mismo patrón o empresa.
- b) Los sindicatos, uniones o agrupaciones de trabajadores en servicio activo y sus secciones o grupos.
- c) Las agrupaciones legalmente constituidas y que por la clase de trabajo u ocupación de sus miembros constituyan Agrupaciones Asegurables.
- d) Las agrupaciones que tengan vínculos laborales o gremiales tales como; sindicatos, asociaciones, uniones, clubes o sectores de empleados bien definidos en los que participe el 100% de los miembros que lo integran, que la participación de los Asegurados titulares y/o dependientes no sea de carácter voluntario, independientemente de que contribuyan o no al pago de las primas.

En todos los casos, deben cumplir con los requisitos de elegibilidad convenidos entre el Contratante y Bupa y el mínimo de Asegurados será de 10 titulares que pertenezcan a una misma empresa o que mantengan un vínculo o interés común que sea lícito, previo e independiente a la celebración del contrato de seguro.

Derecho de 30 días para examinar la póliza: Si el contenido de la póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el Asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los treinta (30) días que sigan al día en que reciba la póliza. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de la póliza o de sus modificaciones (Artículo 25 de la Ley sobre el Contrato de Seguro). Lo dispuesto anteriormente será aplicable al Contratante de la póliza.

En caso de que el Asegurado titular y/o el Contratante desee cancelar esta póliza dentro de los treinta (30) días arriba indicados y la prima ya hubiere

sido pagada, se le devolverá al Contratante el importe de la prima pagada, menos el costo administrativo y los impuestos que por dicho costo se hubieren causado, quedando la póliza nula y sin valor alguno desde el inicio de vigencia.

Dicha cancelación deberá llevarse a cabo mediante escrito del Contratante y/o Asegurado a Bupa.

En caso de que haya un cambio de Contratante, Bupa tendrá la facultad de dar por terminado de manera anticipada el contrato en los siguientes treinta (30) días a partir de la fecha de notificación del cambio concluyendo las obligaciones de Bupa, quince (15) días posteriores a la notificación de terminación que haga Bupa al nuevo Contratante. En este caso Bupa devolverá la parte proporcional de la prima que corresponda al tiempo no transcurrido de la vigencia contratada.

**Aviso Importante Sobre la Solicitud:** Esta póliza es emitida en base a los datos proporcionados en la solicitud y a las declaraciones formuladas para la apreciación del riesgo por el Asegurado o el Contratante. Si alguna información en dichos documentos es incorrecta o incompleta, o alguna información ha sido omitida por parte del proponente, facultará a Bupa para rescindir el presente contrato.

Si la información es incorrecta, incompleta u omitida por parte de algún Asegurado, Bupa estará facultada para rescindir parcialmente los efectos del contrato, respecto de dicho Asegurado, lo anterior de conformidad con lo dispuesto por el artículo 47 de la Ley sobre el Contrato de Seguro

## **1.1 ELEGIBILIDAD**

Esta póliza solamente puede ser contratada en la República Mexicana a conjuntos de personas que cumplan la definición de Agrupaciones Asegurables, señalada en esta póliza. No hay edad máxima de renovación para Asegurados ya cubiertos bajo esta póliza.

Los dependientes económicos elegibles del Asegurado Titular podrán ser: su cónyuge o concubina(o), hijos biológicos, hijos adoptados legalmente, hijastros o menores de edad para los cuales el Asegurado Titular ha sido designado como tutor legal por una autoridad competente, los cuales deben ser identificados en la solicitud de seguro y para quienes se proporciona cobertura bajo la póliza.

La cobertura está disponible para los dependientes económicos del Asegurado Titular, diferentes de su cónyuge o concubina(o), hasta los diecinueve (19) años, si son solteros, o hasta los veinticuatro (24) años, si son solteros y estudiantes de tiempo completo (con un mínimo de doce (12) créditos por semestre) en un colegio o universidad acreditada en el momento que la póliza es emitida o renovada. La cobertura para dichos dependientes continúa hasta la siguiente fecha de aniversario de la póliza, al cumplir los diecinueve (19) años de edad, si son solteros, o hasta los veinticuatro (24) años de edad, si son solteros y estudiantes de tiempo completo.

Si un(a) hijo(a) dependiente contrae matrimonio, deja de ser un estudiante de tiempo completo después de cumplir los diecinueve (19) años de edad y antes de cumplir veinticuatro (24) años, o se muda a otro país de residencia, o cumple veinticuatro (24) Años, o si un cónyuge dependiente deja de estar casado con el Asegurado Titular por razón de divorcio o anulación, la cobertura para dichos dependientes terminará en la fecha del siguiente aniversario de la póliza.

Los dependientes que estuvieron cubiertos bajo una póliza anterior con Bupa y que son elegibles para cobertura bajo su propia póliza, serán aprobados sin necesidad de una evaluación de riesgo para una póliza con un deducible igual o mayor, bajo las mismas condiciones y restricciones existentes en la póliza anterior bajo la cual tuvieron cobertura con Bupa. La solicitud del antiguo dependiente debe ser recibida antes de terminar el período de gracia de la póliza bajo la cual tuvo cobertura como dependiente

## 1.2 OPCIONES DE DEDUCIBLE

Bupa ofrece diferentes opciones de deducible dependiendo de la opción que su Empleador haya elegido. Estos deducibles anuales deben cubrirse antes de que los beneficios sean pagaderos. Por favor consulte su Certificado de Membresía o pregunte a su Administrador en su compañía para obtener más información sobre su plan y opción de deducible.

## 1.3 OPCIONES DE COASEGURO

El Asegurado es responsable por el porcentaje base seleccionado y que se especifica en la carátula de la póliza de los gastos cubiertos por una enfermedad amparada por la póliza, después de aplicar el deducible pactado.

El coaseguro es por año póliza, así como la aplicación de los límites respectivos

Opción de Coaseguro
0% de Coaseguro (Sin coaseguro)
10% con límite de 2,500 dólares

## 1.4 COBERTURA MUNDIAL

Un deducible por asegurado, por año póliza, hasta el máximo del deducible aplicado cuando el tratamiento de la enfermedad amparada es realizado fuera del país de residencia. Sin embargo, para ayudarle a reducir el costo de su cobertura familiar, Bupa aplica un total máximo de dos deducibles por certificado, de acuerdo a la tabla de deducibles.

## 1.5 TABLA DE DEDUCIBLES

(Corporate Care)	Deducible en USD\$			Coaseguro
Plan	En México	En el extranjero	Familiar	
Opción de Deducible				
B2B1 ;	0	1,000	2,000	10% con máximo de 2 mil quinientos dólares por asegurado y 5mil dólares por familia
B2B2 ;	500	2,000	4,000	
B2B3;	1,000	4,000	8,000	
B2B4;	2,000	5,000	10,000	
B2B5;	5,000	10,000	20,000	
B2B6;	10,000	10,000	20,000	

En caso de recibir atención médica por el tratamiento de las condiciones médicas y trasplante de órganos mencionadas, el Asegurado Titular deberá pagar directamente al Proveedor, la cantidad establecida como deducible en la carátula de la póliza.

## **1.6 COBERTURA GEOGRÁFICA**

Bupa ofrece la opción de elegir cobertura mundial incluyendo o excluyendo los Estados Unidos de América para acomodar las necesidades regionales o económicas específicas de la colectividad. En este producto la cobertura en los Estados Unidos de América está incluida.

Por favor comuníquese con USA Medical Services para obtener más información sobre esta restricción.





**BENEFICIOS**

## 1.7 TABLA DE BENEFICIOS

Todas las cantidades mencionadas en el presente documento, relativas a los beneficios cubiertos deducibles y topes de coaseguro, se entenderán referidas a dólares de los Estados Unidos de Norteamérica (USD)

Cobertura máxima por asegurado, por año póliza	La cantidad señalada en el certificado individual expresada en Dólares de USA
<b>Beneficios y limitaciones por hospitalización</b>	<b>Cobertura</b>
Servicios hospitalarios: habitación y alimentación (privada/semi-privada) incluye cama extra para acompañante <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Estándar (máx. 365 días)</li> <li>◦ Unidad de cuidados intensivos (máx. 365 días)</li> </ul>	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, endoscopia)	100%
<b>Beneficios y Limitaciones por tratamiento ambulatorio</b>	<b>Cobertura</b>
Cirugía ambulatoria	100%
Visitas a médicos y especialistas	100%
Medicamentos por receta prescritos después de una hospitalización o cirugía ambulatoria	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, endoscopia)	100%
Fisioterapia y servicios de rehabilitación (deben ser pre-aprobados, máx. 60 sesiones por evento)	100%
Atención médica en el hogar (debe ser pre-aprobada, máx. 30 días)	100%
<b>Beneficios y limitaciones por maternidad (Solo deducibles 0, US \$500 y US\$ 1,000 )</b>	<b>Cobertura</b>
Embarazo, maternidad y parto: Parto normal (máx. por embarazo) Parto por cesárea médicamente prescrita (máx. por embarazo) <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Incluye tratamiento pre- y post-natal</li> <li>◦ Período de espera de 10 meses</li> <li>◦ No aplica deducible</li> </ul>	La cantidad señalada en el certificado Individual en dólares para Maternidad y Cesarea.
Complicaciones de la maternidad y el parto	100%
Cobertura provisional del recién nacido (por un máximo de 90 días después del parto) <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ No aplica deducible</li> </ul>	US\$50,000

Beneficios y limitaciones por evacuación médica	Cobertura
Transportación médica de emergencia:	
◦ Ambulancia aérea (máx. por evento)	US\$25,000
◦ Ambulancia terrestre (máx. por evento)	US\$1,000
◦ Viaje de regreso	100%
◦ Repatriación de restos mortales	US\$5,000
Debe ser pre-aprobado y coordinado por USA Medical Services	

Otros beneficios y limitaciones	Cobertura
Tratamiento del cáncer (quimioterapia/radioterapia)	100%
Insuficiencia renal terminal (diálisis)	100%
Procedimientos de trasplante (máx. de por vida)	US\$1,000,000
Padecimientos congénitos y/o hereditarios	100%
Tratamientos especiales (prótesis, implantes, aparatos y dispositivos ortóticos, equipo médico durable, radioterapia, quimioterapia y medicamentos altamente especializados)	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%
Residencia y cuidados paliativos	100%
VIH/SIDA (máx. de por vida, período de espera de 12 meses)	US\$50,000
Pagos de complementos: Padecimientos cubiertos por aseguradoras previas de acuerdo a Condiciones Generales de este producto Este Beneficio es opcional y debe estar especificado en las condiciones de cobertura Contratadas	cubierto
Prexistencia Cobertura de padecimientos preexistentes de acuerdo a Condiciones Generales de este producto.	Cubierto
Derecho de Conversión a Póliza Individual	Se otorga

#### Notas sobre los beneficios y limitaciones

Los detalles completos de los términos y condiciones de la póliza se encuentran en las secciones de los Gastos Cubiertos, Administración y Exclusiones/Limitaciones de este documento. La Tabla de beneficios solamente es un resumen de la cobertura.

Cualquier diagnóstico o procedimiento terapéutico, tratamiento o beneficio está cubierto únicamente si es originado por una condición cubierta bajo la membresía.

Los Asegurados deben notificar a USA Medical Services antes de comenzar cualquier tratamiento.

Todos los costos están sujetos a las tarifas usuales, acostumbradas y razonables para el procedimiento y área geográfica.

Todos los beneficios están sujetos a cualquier deducible aplicable y/o coaseguro, a menos que se indique lo contrario.

Toda hospitalización y tratamiento que se lleve a cabo en un hospital debe realizarse en un hospital de la Red de Proveedores en convenio con Bupa para pólizas Corporate Care.

Cuando se menciona de por vida debe entenderse que esa Suma Asegurada es sin reinstalación hasta su agotamiento, incluyendo en este límite todas las renovaciones del contrato que en su caso se realicen, después del deducible correspondiente.



of the test results. The test results are presented in table 1. The test results show that the proposed method is able to detect the presence of a fault in the system.

The test results also show that the proposed method is able to detect the location of the fault in the system.

The test results also show that the proposed method is able to detect the magnitude of the fault in the system.

The test results also show that the proposed method is able to detect the type of fault in the system.

The test results also show that the proposed method is able to detect the direction of the fault in the system.

The test results also show that the proposed method is able to detect the frequency of the fault in the system.

The test results also show that the proposed method is able to detect the phase of the fault in the system.

The test results also show that the proposed method is able to detect the amplitude of the fault in the system.

The test results also show that the proposed method is able to detect the period of the fault in the system.

The test results also show that the proposed method is able to detect the duty cycle of the fault in the system.

The test results also show that the proposed method is able to detect the rise time of the fault in the system.

The test results also show that the proposed method is able to detect the fall time of the fault in the system.

The test results also show that the proposed method is able to detect the settling time of the fault in the system.

The test results also show that the proposed method is able to detect the overshoot of the fault in the system.

The test results also show that the proposed method is able to detect the undershoot of the fault in the system.

The test results also show that the proposed method is able to detect the steady-state error of the fault in the system.

The test results also show that the proposed method is able to detect the transient error of the fault in the system.

The test results also show that the proposed method is able to detect the maximum error of the fault in the system.

The test results also show that the proposed method is able to detect the minimum error of the fault in the system.

The test results also show that the proposed method is able to detect the average error of the fault in the system.

The test results also show that the proposed method is able to detect the standard deviation of the error of the fault in the system.

The test results also show that the proposed method is able to detect the variance of the error of the fault in the system.

The test results also show that the proposed method is able to detect the covariance of the error of the fault in the system.

The test results also show that the proposed method is able to detect the correlation coefficient of the error of the fault in the system.

The test results also show that the proposed method is able to detect the regression coefficient of the error of the fault in the system.

The test results also show that the proposed method is able to detect the intercept of the error of the fault in the system.

**CONDICIONES  
GENERALES  
DE LA PÓLIZA**

2

## 2. CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA

### 2.1 GASTOS CUBIERTOS POR HOSPITALIZACIÓN

#### 2.1.1 SERVICIOS HOSPITALARIOS:

Se proporciona cobertura solamente cuando la hospitalización es médicamente necesaria, por un máximo de trescientos sesenta y cinco días (365) por año de membresía.

- a) La habitación estándar privada o semi-privada y alimentación en el hospital están cubiertas al cien por ciento (100%) de las tarifas usuales, acostumbradas y razonables dentro de la Red de Proveedores en convenio con Bupa para pólizas Corporate Care.
- b) La habitación en la unidad de cuidados intensivos y la alimentación en el hospital están cubiertas al cien por ciento (100%) de las tarifas usuales, acostumbradas y razonables dentro de la Red de Proveedores en convenio con Bupa para pólizas Corporate Care.
- c) Los cargos por hospitalización no serán cubiertos si el procedimiento pudo haber sido realizado como tratamiento ambulatorio.

#### 2.1.2 HONORARIOS MÉDICOS Y DE ENFERMERÍA

Los honorarios de médicos, cirujanos, anestesistas, cirujanos asistentes, especialistas y cualquier otro honorario médico o de enfermería solamente están cubiertos cuando son médicamente necesarios durante la cirugía o tratamiento. Los honorarios médicos y de enfermería están limitados al menor de:

- a) Los honorarios usuales, acostumbrados y razonables para el procedimiento, o
- b) Las tarifas especiales establecidas por Bupa para un área o país determinado.

#### 2.1.3 MEDICAMENTOS POR HOSPITALIZACIÓN

Los medicamentos prescritos durante una hospitalización están cubiertos al cien por ciento (100%).

#### 2.1.4 PROCEDIMIENTOS DE DIAGNÓSTICO

Los cargos de hospital por patología, exámenes de laboratorio, radiografías, imagen por resonancia magnética (IRM), tomografía axial computarizada (TAC), tomografía por emisión de positrones (PET), ultrasonido, endoscopia y otras pruebas de diagnóstico están cubiertos al cien por ciento (100%) cuando dichos procedimientos sean recomendados por un médico para ayudarle a determinar o evaluar la condición del paciente, y cuando son realizados en el hospital como parte de la hospitalización y los cuales resulten de una enfermedad cubierta.

#### 2.1.5 PROVEEDORES EN CONVENIO CON BUPA

La membresía Bupa Corporate Care ofrece cobertura dentro de la Red de Proveedores en convenio con Bupa para pólizas Corporate Care, independientemente de si el tratamiento se realiza dentro o fuera del país de residencia del Asegurado. En los países donde Bupa cuenta con una red de proveedores, el Asegurado será responsable por el treinta por ciento (30%) de los gastos cubiertos si recibe tratamiento fuera de dicha red de proveedores. Para obtener una lista de los proveedores en la Red de Proveedores en convenio con Bupa para pólizas Corporate Care, por favor comuníquese con USA Medical Services.

- a) La lista de hospitales y médicos en la Red de Proveedores en convenio con Bupa para pólizas Corporate Care, está disponible a través de USA Medical Services o en [www.bupa.com.mx](http://www.bupa.com.mx), y puede cambiar en cualquier momento.

- b) Para asegurar que el proveedor de servicios médicos forme parte de la Red de Proveedores en convenio con Bupa para pólizas Corporate Care, todo tratamiento deberá ser coordinado por USA Medical Services.
- c) En los casos en los que la Red de Proveedores en convenio con Bupa para pólizas Corporate Care, no esté especificada en el país de residencia del asegurado, no existe restricción sobre los hospitales que el asegurado puede utilizar en su país de residencia.

## **2.2 GASTOS CUBIERTOS PARA PROCEDIMIENTOS AMBULATORIOS**

### **2.2.1 CIRUGÍA AMBULATORIA**

Los procedimientos quirúrgicos ambulatorios realizados en un hospital, clínica o consultorio médico están cubiertos al cien por ciento (100%). Estas cirugías permiten que el paciente regrese a casa el mismo día que se realiza el procedimiento.

### **2.2.2 SERVICIOS AMBULATORIOS**

Solamente se proporciona cobertura cuando el servicio es médicamente necesario.

- a) Honorarios por visitas a médicos y especialistas: Los honorarios por visitas a médicos y especialistas por una consulta realizada como servicio ambulatorio.
- b) Procedimientos de diagnóstico ambulatorios: Los cargos por exámenes de laboratorio (tales como exámenes de sangre y orina), radiografías, eco cardiogramas, ultrasonido, imagen de resonancia magnética (IRM), tomografía axial computarizada (TAC), procedimientos endoscópicos (tales como colonoscopias y cistoscopias), y otros procedimientos de diagnóstico están cubiertos cuando han sido recomendados por el médico del paciente para ayudarlo a determinar o evaluar la condición del paciente y de los cuales se concluya que existe una enfermedad cubierta por esta póliza.

### **2.2.3 MEDICAMENTOS POR RECETA**

Los medicamentos prescritos mediante receta médica para tratar una enfermedad, padecimiento o accidente amparado bajo la póliza están cubiertos al cien por ciento (100%).

En todos los casos, deberá incluirse con el reclamo una copia de la receta del médico que atiende al Asegurado.

### **2.2.4 FISIOTERAPIA Y SERVICIOS DE REHABILITACIÓN**

Los servicios de fisioterapia y rehabilitación están cubiertos hasta un máximo de sesenta (60) sesiones por evento. Los servicios deben ser pre aprobados por USA Medical Services. Se deberá presentar evidencia médica y un plan de tratamiento actualizado para obtener aprobación.

### **2.2.5 ATENCIÓN MÉDICA EN EL HOGAR**

Después de una hospitalización cubierta, la atención médica en el hogar se cubre hasta un máximo de treinta (30) días por año de membresía. Se cubre la atención médica en el hogar cuando:

- a) es médicamente necesaria, y sin la cual el paciente necesita permanecer en el hospital.
- b) comienza inmediatamente después de la hospitalización,
- c) es proporcionada en el hogar del paciente por un(a) enfermero(a) calificado(a), y
- d) se lleva a cabo bajo la supervisión de un médico

## 2.3 GASTOS CUBIERTOS PARA MATERNIDAD

### 2.3.1 EMBARAZO, MATERNIDAD Y PARTO

(Sólo opciones de deducibles 0, 500 y 1000 USD): Los beneficios de maternidad solamente aplican a maternidades cubiertas. No hay cobertura de maternidad bajo esta membresía para hijos dependientes. Los gastos médicos cubiertos relacionados con la maternidad incluyen:

Cuidados pre-natales, como ultrasonidos

Cargos de obstetra y hospital

Cuidados post-natales requeridos por la madre inmediatamente después del parto.

- a) Parto normal: Los gastos médicos relacionados con un parto normal están cubiertos hasta la cantidad señalada en el certificado individual en dólares por embarazo, sin deducible.
- b) Parto por cesárea prescrita: Los gastos médicos relacionados con un parto por cesárea están cubiertos hasta la cantidad señalada en el certificado individual en dólares por embarazo, sin deducible. Este beneficio solamente aplica cuando es médicamente necesario que el bebé nazca por cesárea. Si la Asegurada elige tener parto por cesárea cuando no es médicamente necesario, el beneficio máximo pagadero será la cantidad especificada para parto normal en 2.3.1 (a).

Esta cobertura aplica siempre y cuando la madre asegurada ha estado bajo esta membresía durante un período continuo de diez (10) meses calendario antes de la fecha actual del parto.

### 2.3.2 COBERTURA DEL RECIÉN NACIDO:

(a) Cobertura provisional:

Si nace de un embarazo cubierto, el recién nacido tendrá cobertura automática por complicaciones del nacimiento y por cualquier lesión

O enfermedad durante los primeros noventa (90) días después del Parto, hasta un máximo de cincuenta mil dólares (US\$50,000) sin deducible. Si nace de un embarazo no cubierto, el recién nacido no tendrá cobertura provisional.

(b) Cobertura permanente:

- i. Adición automática: Para incluir al recién nacido bajo la membresía de los padres, el Administrador de la colectividad deberá enviar dentro de los noventa (90) días siguientes al parto una copia del certificado de nacimiento del recién nacido que incluya el nombre completo, sexo y fecha de nacimiento. La cobertura con el deducible correspondiente será efectiva a partir de la fecha de nacimiento hasta los totales máximos especificados en la Tabla de Beneficios.

La cobertura del recién nacido para complicaciones del nacimiento está limitada al beneficio máximo descrito bajo.

### 2.3.3 COMPLICACIONES DEL EMBARAZO, LA MATERNIDAD Y EL PARTO

- ii. Adición no-automática: La adición de bebés que hayan nacido antes de que la póliza de sus padres haya estado vigente durante al menos diez (10) meses calendario consecutivos está sujeta a evaluación de riesgo. Para incluir al bebé bajo la membresía de los padres, deberá enviarse un Formulario de Inscripción del Empleado para Seguro de Gastos Médicos, el Cuestionario Médico y una copia del certificado de nacimiento.

La adición de hijos adoptados, hijos nacidos como resultado de tratamientos de fertilidad, e hijos nacidos por maternidad subrogada está sujeta a evaluación de riesgo. Se deberá presentar un Formulario

de Inscripción del Empleado para Seguro de Gastos Médicos, el Cuestionario Médico y una copia del certificado de nacimiento en estos casos, los cuales están sujetos a los procedimientos estándar de evaluación de riesgo.

Por favor comuníquese con el Equipo de Servicio Corporativo o con su Administrador de la Colectividad para obtener más información.

### **2.3.4 COMPLICACIONES DEL EMBARAZO, LA MATERNIDAD Y EL PARTO**

Las complicaciones del embarazo, la maternidad y el parto están cubiertas al cien por ciento 100%.

Este beneficio no aplica para complicaciones relacionadas a cualquier padecimiento o enfermedad excluido o no cubierto bajo la membresía, 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 no cubiertos.

## **2.4 GASTOS CUBIERTOS PARA TRANSPORTACION**

### **2.4.1 TRANSPORTACIÓN MÉDICA 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.

- a) Transporte por ambulancia terrestre: La cantidad máxima pagadera por este beneficio es de mil dólares (US\$1,000) por incidente.
- b) Transporte por ambulancia aérea:
  - i. Todo transporte por ambulancia aérea debe ser aprobado con anticipación y coordinado por USA Medical Services.
  - ii. La cantidad máxima pagadera por este beneficio es de veinticinco mil dólares (US\$25,000) por incidente.
  - iii. El Asegurado se compromete a mantener a la aseguradora, a USA Medical Services, y a cualquier otra compañía afiliada con la aseguradora o con USA Medical Services por medio de formas similares de propiedad o administración, libres de responsabilidad por cualquier negligencia que resulte de tales servicios, negligencia que resulte por demoras o restricciones en los vuelos causadas por el piloto o por problemas mecánicos, restricciones gubernamentales, o debido a condiciones operacionales
- c) Viaje de regreso: 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 trasladado. 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 USA Medical Services.

## 2.4.2 REPATRIACIÓN DE RESTOS MORTALES

En caso de que el Asegurado fallezca fuera de su país de residencia, Bupa cubrirá los gastos de repatriación de los restos mortales al país de residencia del fallecido hasta un máximo de cinco mil dólares (US\$5,000), siempre y cuando la muerte sea resultado de una condición cubierta bajo los términos de la membresía. La cobertura está limitada solamente a aquellos servicios y suministros necesarios para preparar y transportar el cuerpo al país de residencia del asegurado. Los trámites siempre que sea posible legalmente, deben ser coordinados conjuntamente con USA Medical Services.

## 2.5 OTROS BENEFICIOS BUPA

### 2.5.1 TRATAMIENTO DEL CÁNCER

Los honorarios médicos relacionados específicamente con la preparación y administración del tratamiento para el cáncer incluyendo radioterapia, quimioterapia y oncología, están cubiertos al cien por ciento (100%). Los cargos de hospital por la administración de exámenes y medicamentos tales como los requeridos para la quimioterapia, que sean específicamente relacionados con el tratamiento para el cáncer también están cubiertos al cien por ciento (100%). Todos los beneficios son pagaderos hasta el límite máximo por año de membresía indicado en la Tabla de Beneficios.

### 2.5.2 DIÁLISIS POR INSUFICIENCIA RENAL

Los gastos elegibles por diálisis para el tratamiento de insuficiencia renal están cubiertos al cien por ciento (100%) hasta el límite máximo por año de membresía indicado en la Tabla de Beneficios.

### 2.5.3 PROCEDIMIENTOS DE TRASPLANTE

El tratamiento requerido para los servicios de procedimientos de trasplante está cubierto hasta un máximo de un millón de dólares (US\$1,000,000) de por vida, es decir esa Suma Asegurada es sin reinstalación hasta su agotamiento, incluyendo en este límite todas las renovaciones del contrato que en su caso se realicen, después del deducible correspondiente. El beneficio 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 USA Medical Services, y está sujeto a todos los términos, condiciones y exclusiones de la membresía. 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 un máximo de veinticinco mil dólares (US\$25,000) 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.

La cobertura de beneficios está sujeta a la aprobación de USA Medical Services del proveedor o la instalación donde se llevará a cabo el tratamiento. La reclamación será denegada de no tener dicha aprobación por parte de USA Medical Services.

El tratamiento para procedimientos de trasplante que incluyan órganos artificiales o de animales no está cubierto. La compra de un órgano para trasplante no está cubierta.

#### **2.5.4 PADECIMIENTOS CONGÉNITOS Y/O HEREDITARIOS**

El tratamiento médicamente necesario para padecimientos congénitos y/o hereditarios están cubiertos. El beneficio comienza cuando el padecimiento congénito y/o hereditario ha sido diagnosticado por un médico. El beneficio es retroactivo a cualquier período anterior a la identificación de la condición actual.

#### **2.5.5 TRATAMIENTOS ESPECIALES**

Las prótesis, los dispositivos ortóticos, el equipo médico durable, los implantes, la radioterapia, la quimioterapia, y los siguientes medicamentos altamente especializados: Interferón beta-1a, Interferón peguilado alfa 2a, Interferón beta-1b, Etanercept, Adalimumab, Bevacizumab, Cyclosporine A, Azathioprine, y Rituximab están cubiertos pero deben ser aprobados y coordinados con anticipación por USA Medical Services.

#### **2.5.6 TRATAMIENTO MÉDICO DE EMERGENCIA (con o sin hospitalización)**

La membresía bajo Bupa Corporate Care solamente cubre el tratamiento médico de emergencia relacionado con accidente o enfermedad aguda cuando la vida del Asegurado o su integridad física se encuentran en peligro inminente, y la emergencia ha sido notificada a USA Medical Services, como se indica en estas Condiciones Generales. Todos los gastos médicos de un proveedor sin convenio en relación con un tratamiento médico de emergencia serán pagados como si el Asegurado hubiese sido tratado en un hospital en convenio.

#### **2.5.7 TRATAMIENTO DENTAL RELACIONADO CON UN ACCIDENTE**

El tratamiento dental relacionado con un accidente que sea necesario para reparar el daño de dientes sanos y naturales como consecuencia de un accidente o lesión está cubierto. El tratamiento deberá proporcionarse y completarse dentro de un período de seis (6) meses después de la fecha en que ocurrió el accidente o lesión. El dentista deberá confirmar que los dientes tratados fueron dañados como consecuencia de un accidente. Un diente sano y natural es aquél que no tiene caries, ni empastes en más de dos superficies, ni gingivitis o periodontitis asociada con la pérdida de hueso bucal, ni terapia de



conducto radicular, no es un implante dental, y funciona normalmente al masticar y al hablar. Esta cobertura no aplica a implantes dentales, coronas, o dentaduras.

### **2.5.8 DEFORMIDAD DE LA NARIZ Y DEL TABIQUE NASAL**

Cuando la deformidad de la nariz o del tabique nasal ha sido causada por trauma en un accidente cubierto, el tratamiento quirúrgico estará cubierto solamente si es aprobado con anticipación por USA Medical Services. La evidencia del trauma en forma de fractura deberá ser confirmada por medios radiográficos (radiografía, tomografía computarizada, etc.).

### **2.5.9 RESIDENCIA Y CUIDADOS PALIATIVOS**

El alojamiento en residencias para pacientes terminales y los tratamientos y servicios paliativos están cubiertos al cien por ciento (100%) para aquellos pacientes terminales con una expectativa de vida de seis (6) meses o menos, y que necesitan atención física, psicológica y social, así como la instalación o adaptación de equipos especiales, servicios de enfermería y medicamentos por receta. Estos servicios deben ser aprobados con anticipación por USA Medical Services.

### **2.5.10 VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH) Y SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA)**

La cobertura para el tratamiento del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) está limitada al máximo especificado en la Tabla de Beneficios doce (12) meses después de la fecha de efectividad de la cobertura del Asegurado, si el virus o los anticuerpos no han sido detectados o manifestados antes o durante este período.

### **2.5.11 COBERTURA DE PAGO DE COMPLEMENTOS**

BUPA pagará los gastos complementarios de reclamaciones abiertas en la Compañía inmediata anterior a su ingreso a la póliza de BUPA, siempre y cuando por las condiciones de cobertura de la compañía previa, los gastos reclamables correspondan al periodo donde el asegurado, pierda el derecho de protección que aquella le otorgaba, por salir de dicha póliza y siempre que el padecimiento en cuestión no esté excluido en la póliza de BUPA, o que haya sido rechazada por la compañía anterior

### **2.5.12 COBERTURA POR PADECIMIENTOS PREEXISTENTES**

BUPA pagará a partir de la fecha de alta del asegurado, los gastos a consecuencia de enfermedades y padecimientos preexistentes siempre y cuando se cumpla con las siguientes condiciones:

- a) Que no existan reclamaciones previas o que hayan sido rechazadas en otra compañía aseguradora.
- b) Que el primer gasto, signo o síntoma se efectúe o detecte dentro de la vigencia de la póliza contratada.
- c) Que se trate de una enfermedad o padecimiento cubierto por esta póliza.

### **2.5.13 DERECHO DE CONVERSIÓN**

Cualquier Asegurado que cause baja por renuncia o despido de la colectividad asegurada, tendrá derecho a que, si lo solicita dentro de los 30 días siguientes a la fecha en que fue dado de baja de la presente póliza se le otorgue una póliza individual denominada ADVANTAGE DC sin presentar suscripción o pruebas de asegurabilidad, reconociendo la antigüedad que haya logrado en el seguro colectivo Corporate Care UW. Aplicando para el cálculo de la prima correspondiente por conversión la tarifa que se encuentre en vigor en ese momento en el plan individual, manteniendo la calificación de

riesgo que tenía en la colectividad de la que proviene al momento de la separación.

En dicha póliza individual, se otorgará el nivel de cobertura en Suma Asegurada, del plan de Corporate UW, los demás términos y condiciones de cobertura serán las que correspondan al plan individual ADVANTAGE DC vigente al momento del cambio.

Las reclamaciones procedentes que se presentaron durante su cobertura en la póliza de seguro Colectivo, quedarán cubiertos en la nueva póliza individual de conversión aplicando los límites, deducibles y coaseguros especificados en las Condiciones Generales del plan individual. En caso de que dicho Asegurado no desee contratar la póliza individual de conversión ADVANTAGE DC, se aplicará lo dispuesto en la cláusula de PERIODO DE BENEFICIO de estas Condiciones Generales.



**EXCLUSIONES  
Y/O  
LIMITACIONES  
GENERALES**

3

**Esta póliza no proporciona cobertura o beneficios en ninguno de los siguientes padecimientos y sus complicaciones:**

### **3.1 GASTOS RELACIONADOS CON TRATAMIENTOS NO CUBIERTOS**

**El tratamiento de cualquier enfermedad o lesión, o cualquier gasto que resulte de cualquier tratamiento, servicio o suministro:**

- a) Que no sea médicamente necesario, o**
- b) Para un asegurado que no se encuentre bajo los cuidados de un médico, doctor o profesional acreditado, o**
- c) Que no sea autorizado o recetado por un médico o doctor, o**
- d) Que está relacionado con el cuidado personal, o**
- e) Que se lleva a cabo en un hospital, pero para el cual no es necesario el uso de instalaciones hospitalarias.**
- f) Que sea un artículo personal, como llamadas telefónicas, periódicos, alimentos para visitantes o cosméticos.**

### **3.2 ENFERMEDADES O LESIONES AUTO INFLIGIDAS**

**Cualquier cuidado o tratamiento, estando el asegurado en su sano juicio o no, debido a enfermedades o lesiones auto infligidas, suicidio, intento de suicidio, uso o abuso de alcohol, uso o abuso de drogas, uso de sustancias ilegales, o el uso ilegal de sustancias controladas. Esto incluye cualquier accidente resultante de cualquiera de los supuestos anteriores.**

### **3.3 EXÁMENES DE RUTINA Y DISPOSITIVOS PARA OJOS Y OIDOS**

**Exámenes de rutina de ojos, dispositivos para la audición, anteojos, lentes de contacto, queratometría radial, y/o cualquier otro procedimiento para corregir desórdenes de refracción visual.**

### **3.4 MEDICINA ALTERNATIVA**

**Tratamiento quiropráctico, homeopático, acupuntura, o cualquier tipo de medicina alternativa.**

### **3.5 CIRUGÍA COSMÉTICA**

**La cirugía cosmética o el tratamiento médico cuyo propósito principal es el embellecimiento, a menos que sea requerido debido al tratamiento de una lesión, deformidad o enfermedad que compromete la funcionalidad y que se haya manifestado por primera vez estando el asegurado cubierto bajo esta póliza. Esta exclusión también aplica a cualquier tratamiento quirúrgico de deformidades nasales o del tabique nasal que no hayan sido causadas por trauma.**

### **3.6 TRATAMIENTO EXPERIMENTAL O NO APROBADO PARA USO GENERAL**

**Cualquier tratamiento, servicio o suministro que no esté científicamente o médicamente reconocido o aprobado para la condición diagnosticada, o que sea considerado experimental y/o no aprobado para uso general por la Administración de Drogas y Alimentos de los Estados Unidos de América (FDA) o no esté aprobado por las disposiciones marcadas por la Secretaría de Salud de México.**

### **3.7 GASTOS MEDICOS EN INSTITUCIONES DE SEGURIDAD SOCIAL**

**Tratamiento en cualquier institución de seguridad social, o cualquier gasto incurrido si el asegurado tiene derecho a cuidados gratuitos. Servicio o tratamiento por el cual no habría que pagar, gastos para tratamientos por epidemias que han sido puestas bajo el control de una autoridad gubernamental.**

### **3.8 ENFERMEDADES MENTALES Y DESÓRDENES DE LA CONDUCTA**

**Procedimientos de diagnóstico o tratamiento psiquiátrico a menos que sean resultado de una condición cubierta. Las enfermedades mentales y/o los desórdenes de la conducta o del desarrollo, el síndrome de fatiga crónica, apnea del sueño, y cualquier otro desorden del sueño.**

### **3.9 GASTOS QUE EXCEDAN GUA**

Cualquier porción de cualquier gasto que exceda lo usual, acostumbrado y razonable por el servicio o suministro en particular para el área geográfica o el nivel apropiado del tratamiento que se ha recibido.

### **3.10 COMPLICACIONES DE PADECIMIENTOS Y/O ENFERMEDADES NO CUBIERTAS**

El tratamiento o servicio por cualquier padecimiento médico, mental o dental relacionada con, o que resulte como complicación de dichos servicios médicos, mentales o dentales, u otras padecimientos específicamente excluidas, o no cubiertas bajo esta membresía.

### **3.11 TRATAMIENTO DENTAL NO RELACIONADO A UN ACCIDENTE CUBIERTO**

Cualquier tratamiento o servicio dental no relacionado con un accidente cubierto, o después de noventa (90) días de la fecha de un accidente cubierto.

### **3.12 LESIONES RELACIONADAS A ACTIVIDADES POLICIALES O MILITARES:**

Tratamiento de lesiones que resulten mientras el asegurado preste servicio como integrante de la policía o de una unidad militar, o por participación en guerra, motín, conmoción civil, o cualquier actividad ilegal, incluyendo el encarcelamiento resultante.

### **3.13 VIH/SIDA**

Cualquier tratamiento que se lleve a cabo antes del período de espera de doce (12) meses.

### **3.14 ADMISIÓN ELECTIVA AL HOSPITAL**

La admisión voluntaria por más de veintitrés (23) horas antes de una cirugía programada, excepto cuando sea aprobada por escrito por USA Medical Services.

### **3.15 TRATAMIENTO REALIZADO POR FAMILIAR INMEDIATO**

Tratamiento o atención médica que haya sido realizado por el cónyuge, los padres, hermanos o hijos de cualquier asegurado bajo esta membresía.

### **3.16 MEDICAMENTOS DE VENTA LIBRE O SIN RECETA**

Medicamentos de venta libre o medicamentos que pueden obtenerse sin receta médica y/o que no sean prescritos para el tratamiento y/o enfermedad cubierta.

### **3.17 EQUIPO DE RIÑÓN ARTIFICIAL PERSONAL**

Equipo de riñón artificial personal o para uso residencial, excepto cuando sea aprobado por escrito por USA Medical Services.

### **3.18 ALMACENAMIENTO DE TEJIDO Y/O CÉLULAS**

Almacenamiento de médula ósea, células madre, sangre del cordón umbilical, u otro tipo de tejido o célula, excepto como está estipulado bajo las condiciones de esta póliza. 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.

### **3.19 TRATAMIENTO RELACIONADO A RADIACIÓN O CONTAMINACIÓN NUCLEAR**

Lesiones o enfermedades causadas por, o relacionadas con, radiación ionizada, radioactividad proveniente de cualquier material nuclear, desecho nuclear, o la quema de combustible nuclear o artefactos nucleares, o bien polución o contaminación relacionada con cualquiera de los anteriores.

### **3.20 TRATAMIENTO RELACIONADO CON EL PESO**

Cualquier gasto, servicio, O tratamiento por obesidad, control de peso, o cualquier forma de suplemento alimenticio.

### **3.21 TRATAMIENTO PARA LA ESTIMULACIÓN DEL CRECIMIENTO**

Tratamiento con un estimulador de crecimiento óseo, estimulación del crecimiento óseo, o tratamiento relacionado con la hormona del crecimiento, independientemente de la razón para la receta médica.

### **3.22 CONDICIONES RELACIONADAS AL SEXO, LA SEXUALIDAD Y LAS ENFERMEDADES TRANSMITIDAS SEXUALMENTE**

Cualquier gasto por reasignación de sexo, disfunción o sexual tal como impotencia, inadecuaciones, desórdenes relacionados con el virus del papiloma humano (VPH) transmitido sexualmente, y cualquier otra enfermedad transmitida sexualmente.



### **3.23 TRATAMIENTOS DE FERTILIDAD E INFERTILIDAD**

Cualquier tipo de tratamiento o procedimiento de fertilidad, control de la natalidad, infertilidad incluyendo pero no limitado a ligadura de trompas, vasectomía y cualquier otro procedimiento electivo de carácter permanente para prevenir el embarazo, así como la reversión de esterilización voluntaria masculina o femenina, la inseminación artificial y la maternidad subrogada.

### **3.24 COMPLICACIONES DE LA MATERNIDAD DEBIDO A TRATAMIENTO DE FERTILIDAD**

Complicaciones de la maternidad como resultado de cualquier tipo de tratamiento de fertilidad o procedimiento de fertilidad asistida.

### **3.25 TRATAMIENTO RELACIONADO CON LA MATERNIDAD PARA EMBARAZOS NO CUBIERTOS**

Todo tratamiento relacionado con el embarazo o la maternidad para un embarazo no cubierto.

### **3.26 ABORTO**

La terminación voluntaria del embarazo, a menos que la vida de la madre se encuentre en peligro inminente.

### **3.27 CUIDADO PODIÁTRICO**

Cuidado podiátrico para tratar desórdenes funcionales de las estructuras de los pies, incluyendo pero no limitado a callos, callosidades, juanetes, verrugas plantares, fasciitis plantar, Hallux valgus, dedo en martillo, neuroma de Morton, pies planos, arcos débiles y pies débiles, incluyendo pedicura, zapatos especiales, y soportes de cualquier tipo o forma.

### **3.28 TRATAMIENTO DE LA MANDÍBULA**

Cualquier gasto asociado con el tratamiento del maxilar superior, la mandíbula, y/o el conjunto de músculos, nervios y otros tejidos relacionados con la articulación mandibular que haya sido causado por una condición dental, un tratamiento dental anterior, y/o sus complicaciones, incluyendo pero no limitado a cualquier diagnóstico donde la condición principal sea dental.

### **3.29 DEFORMIDAD DE LA NARIZ Y DEL TABIQUE NASAL**

**Excepto cuando ha sido causada por politraumatismo en un accidente cubierto. Los procedimientos quirúrgicos estarán cubiertos solamente si están autorizados con anticipación por USA Medical Services. La evidencia de trauma en forma de fractura deberá ser confirmada por medios radiográficos, tomografía computarizada o imagenología.**

### **3.30 COSTOS RELACIONADOS CON EL TRANSPORTE DE EMERGENCIA**

**Cualquier costo adicional o secundario relacionado con la necesidad de transporte de emergencia, tales como gastos de hotel.**

### **3.31 CHECK UP Y EXAMENES DE RUTINA**

**Cualquier examen médico o 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.**

the 1990s, the number of people in the UK who are employed in the public sector has increased from 10.5 million to 12.5 million, and the number of people in the public sector who are employed in health care has increased from 2.5 million to 3.5 million (Department of Health 2000).

There are a number of reasons for this increase in the number of people employed in the public sector. One reason is that the public sector has become a more important part of the economy. Another reason is that the public sector has become a more attractive place to work. A third reason is that the public sector has become a more important part of society.

The public sector has become a more important part of the economy because it has become a more important part of the country's infrastructure. The public sector has become a more attractive place to work because it has become a more important part of society. The public sector has become a more important part of society because it has become a more important part of the country's infrastructure.

The public sector has become a more important part of the country's infrastructure because it has become a more important part of the country's economy. The public sector has become a more important part of the country's economy because it has become a more important part of the country's infrastructure. The public sector has become a more important part of the country's infrastructure because it has become a more important part of the country's economy.

The public sector has become a more important part of the country's economy because it has become a more important part of the country's infrastructure. The public sector has become a more important part of the country's infrastructure because it has become a more important part of the country's economy. The public sector has become a more important part of the country's economy because it has become a more important part of the country's infrastructure.

The public sector has become a more important part of the country's infrastructure because it has become a more important part of the country's economy. The public sector has become a more important part of the country's economy because it has become a more important part of the country's infrastructure. The public sector has become a more important part of the country's infrastructure because it has become a more important part of the country's economy.

The public sector has become a more important part of the country's economy because it has become a more important part of the country's infrastructure. The public sector has become a more important part of the country's infrastructure because it has become a more important part of the country's economy. The public sector has become a more important part of the country's economy because it has become a more important part of the country's infrastructure.

The public sector has become a more important part of the country's infrastructure because it has become a more important part of the country's economy. The public sector has become a more important part of the country's economy because it has become a more important part of the country's infrastructure. The public sector has become a more important part of the country's infrastructure because it has become a more important part of the country's economy.

**CLAUSULAS  
GENERALES**

4

## 4. CLAUSULAS GENERALES

### 4.1 AUTORIDAD

Ningún agente de seguros, ni persona alguna, que no esté expresamente autorizada por Bupa, tiene facultad para hacer modificaciones o concesiones a la póliza. , ningún cambio será válido a menos que sea pactado entre las partes y sea hecho constar por un endoso a la póliza, registrado por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

### 4.2 NOTIFICACIONES

Cualquier comunicación relacionada con el presente contrato deberá hacerse por escrito a Bupa, precisamente en el lugar señalado como domicilio de la misma en la carátula de esta póliza o, en su caso, en el lugar que para estos efectos hubiera comunicado posteriormente aquélla al Contratante.

### 4.3 REGISTRO DE ASEGURADOS Y DEPENDIENTES

Con base en los datos proporcionados por el Contratante y los avisos de altas y bajas que conforme a esta póliza deben efectuarse, Bupa elaborará un registro de Asegurados para el periodo de seguro pactado. Dicho registro formará parte de esta póliza y contendrá el nombre, la fecha de nacimiento, los beneficios contratados, la prima y la fecha de iniciación de la cobertura respecto de cada Asegurado y de cada uno de sus dependientes, domicilio, teléfono, CURP o RFC y ocupación de todos.

### 4.4 EDAD

Bupa podrá solicitar toda clase de pruebas y documentos que comprueben la edad de los Asegurados o sus dependientes.

En caso de que el Asegurado declare inexactamente su edad o la de sus dependientes, pero la edad real se encuentre dentro de los límites de aceptación, se adoptarán las siguientes medidas:

Si se hubiese pagado una prima mayor a la que correspondería a la edad real del Asegurado, Bupa devolverá al Contratante el 70% de la prima en exceso que hubiese pagado. El nuevo monto de la prima se fijará entonces de acuerdo a la edad real del Asegurado.

Si se hubiese pagado una prima inferior a la que correspondería a la edad real del Asegurado, Bupa solamente estará obligada a pagar los gastos cubiertos en la proporción existente entre la prima estipulada y la prima de tarifa que corresponda a su edad real. Para este cálculo se tomarán las tarifas vigentes en la fecha de celebración del contrato.

En caso de que el Asegurado declare inexactamente su edad o la de sus dependientes y la edad real se encuentre fuera de los límites de aceptación, Bupa estará facultada para rescindir parcialmente los efectos del contrato, respecto de dicho asegurado y/o la de sus DEPENDIENTES.

### 4.5 AGRAVACIÓN DEL RIESGO

Las obligaciones de Bupa cesarán de pleno derecho por las agravaciones esenciales que tenga el riesgo durante el curso del seguro de conformidad con lo previsto en el Artículo 52 y 53 fracción I de la Ley Sobre el Contrato del Seguro.

*“El asegurado deberá comunicar a la empresa aseguradora las agravaciones esenciales que tenga el riesgo durante el curso del seguro, dentro de las*

*veinticuatro horas siguientes al momento en que las conozca. Si el asegurado omitiere el aviso o si él provoca una agravación esencial del riesgo, cesarán de pleno derecho las obligaciones de la empresa en lo sucesivo.” (Artículo 52 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).*

*“Para los efectos del artículo anterior se presumirá siempre:*

- I.- Que la agravación es esencial, cuando se refiera a un hecho importante para la apreciación de un riesgo de tal suerte que la empresa habría contratado en condiciones diversas si al celebrar el contrato hubiera conocido una agravación análoga*
- II.- Que el asegurado conoce o debe conocer toda agravación que emane de actos u omisiones de sus inquilinos, cónyuge, descendientes o cualquier otra persona que, con el consentimiento del asegurado, habite el edificio o tenga en su poder el mueble que fuere materia del seguro.” (Artículo 53 de la Ley sobre el Contrato de Seguro).*

*“En los casos de dolo o mala fe en la agravación al riesgo, el asegurado perderá las primas anticipadas” (Artículo 60 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).*

Las obligaciones de Bupa quedarán extinguidas si demuestra que el Asegurado, el Beneficiario o los representantes de ambos, con el fin de hacerla incurrir en error, disimulan o declaran inexactamente hechos que excluirían o podrían restringir dichas obligaciones.

Lo mismo se observará en caso de que, con igual propósito, no le remitan en tiempo la documentación sobre los hechos relacionados con el siniestro. (Artículo 70 de la Ley sobre el Contrato de Seguro).

En caso de que, en el presente o en el futuro, el (los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s) realice(n) o se relacione(n) con actividades ilícitas, será considerado como una agravación esencial del riesgo en términos de ley.

Por lo anterior, cesarán de pleno derecho las obligaciones de Bupa, si el(los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s), en los términos del Artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas y sus disposiciones generales, fuere(n) condenado(s) mediante sentencia definitiva que haya causado estado, por cualquier delito vinculado o derivado de lo establecido en los Artículos 139 a 139 Quinques, 193 a 199, 400 y 400 Bis del Código Penal Federal y/o cualquier artículo relativo a la delincuencia organizada en territorio nacional; dicha sentencia podrá ser emitida por cualquier autoridad competente del fuero local o federal, o legalmente reconocida por el Gobierno Mexicano; o, si el nombre del(los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s) sus actividades, bienes cubiertos por la póliza o sus nacionalidades es(son) publicado(s) en alguna lista oficial relativa a los delitos vinculados con lo establecido en los artículos antes citados, sea de carácter nacional o extranjera proveniente de un gobierno con el cual el Gobierno Mexicano tenga celebrado algún Tratado Internacional en la materia antes mencionada, ello en términos de la fracción X disposición Vigésima Novena, fracción V disposición Trigésima Cuarta o Disposición Quincuagésima Sexta de la Resolución por la que se expiden las Disposiciones de Carácter General a que se refiere el artículo 140 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.

En su caso, las obligaciones del contrato serán restauradas una vez que tenga conocimiento de que el nombre del (de los) Contratante(s),

Asegurado(s) o Beneficiario(s) deje(n) de encontrarse en las listas antes mencionadas.

Bupa consignará ante la autoridad jurisdiccional competente, cualquier cantidad que derivada de este Contrato de Seguro pudiera quedar a favor de la persona o personas a las que se refiere el párrafo anterior, con la finalidad de que dicha autoridad determine el destino de los recursos. Toda cantidad pagada no devengada que sea pagada con posterioridad a la realización de las condiciones previamente señaladas, será consignada a favor de la autoridad correspondiente.

#### **4.6 MODIFICACIONES AL PLAN**

El Contratante puede solicitar modificaciones en las condiciones del plan en la fecha del aniversario de la póliza. Éste debe ser notificado por escrito y recibido antes de la fecha de aniversario. Algunas solicitudes están sujetas a evaluación de riesgo.

#### **4.7 CAMBIO DE PRODUCTO O PLAN**

Cuando el asegurado solicite un cambio de plan o de producto, los beneficios ganados por antigüedad del asegurado no se verán afectados siempre y cuando el nuevo plan los contemple.

No obstante lo anterior, Bupa podrá llevar a cabo procedimientos de suscripción cuando el asegurado solicite cambios de beneficios o incrementos de suma asegurada.

##### **4.7.1 RESIDENCIA**

El Contratante debe notificar por escrito a Bupa, cualquier cambio del país de residencia de cualquier Asegurado incluido en la póliza, dentro de los primeros treinta (30) días del cambio. Bupa se reserva el derecho de modificar o dar por terminada la cobertura de la póliza en caso de cambio de país de residencia de algún Asegurado fuera de la República Mexicana.

La falta de notificación a Bupa de cualquier cambio de país de residencia de los Asegurados, facultará a Bupa para dar por terminado de manera anticipada el contrato de seguro, a partir de la fecha en que el aviso debió darse.

Si un Asegurado permanece en EE.UU. o en cualquier país del extranjero en forma continua por más de ciento ochenta (180) días, durante cualquier período de trescientos sesenta y cinco (365) días, sin importar el tipo de visa que se le haya otorgado para ese propósito, la cobertura para cualquier enfermedad o padecimiento será proporcionada a través de los hospitales y/o proveedores de convenio, hasta la fecha de la próxima renovación de la póliza, fecha en la cual la cobertura bajo dicha póliza terminará automáticamente.

#### **4.8 APELACIÓN DE RECLAMOS**

Sin perjuicio de lo señalado en la cláusula de competencia, en caso de un desacuerdo entre el Asegurado y Bupa sobre esta póliza de seguro y/o sus coberturas, el Asegurado puede solicitar una revisión del caso por el "Comité de Apelaciones" de Bupa, antes de comenzar cualquier procedimiento legal. Para comenzar esta revisión, el Asegurado deberá enviar una petición por escrito al Comité de Apelaciones. Esta petición debe incluir copias de toda la información relevante que deba ser considerada, así como una explicación de cuál decisión debe ser revisada y por qué. Dichas apelaciones deben ser enviadas al Coordinador de Apelaciones de Bupa y/o USA Medical Services. Al recibir la petición, el Comité de Apelaciones determinará si necesita

información y/o documentación adicional y realizará los trámites para obtenerla oportunamente. Dentro de los siguientes treinta (30) días, el Comité de Apelaciones notificará al Asegurado sobre su decisión y el razonamiento en que se basó dicha decisión, en el entendido de que durante el tiempo que dicho Comité resuelva lo que corresponda, no correrá ningún término para el Asegurado. Las decisiones que adopte el Comité de Apelaciones se emitirán por escrito y serán obligatorias para Bupa, en caso de ser aceptadas por el Asegurado. Dicho recurso no tiene costo alguno para el Asegurado.

#### **4.9 ARBITRAJE MÉDICO**

En caso de que Bupa declare la improcedencia de una reclamación por pre-existencia, el reclamante podrá optar por acudir a un arbitraje médico. Bupa acepta que si el reclamante acude a esta instancia, se somete a comparecer ante el árbitro designado de común acuerdo entre las partes y sujetarse al Procedimiento y resolución de dicho arbitraje, el cual vinculará a las partes y tendrá fuerza de cosa juzgada entre ellas y por este hecho, se considerará que renuncia a cualquier otro derecho para hacer dirimir la diferencia.

El procedimiento del arbitraje estará establecido por el árbitro y las partes en el momento de acudir a él deberán firmar el convenio arbitral. Este procedimiento no tendrá costo alguno para el reclamante y en caso de existir será liquidado por Bupa.

#### **4.10 COMPETENCIA**

En caso de controversia, el reclamante podrá hacer valer sus derechos ante la Unidad Especializada de Bupa o en la CONDUSEF. En todo caso, el reclamante podrá acudir directamente ante el juez del domicilio de cualquier delegación de la CONDUSEF.

#### **4.11 COMIENZO Y TERMINACIÓN DE LA COBERTURA**

Las coberturas especificadas en esta póliza, surtirán efecto respecto a cada Asegurado y sus Dependientes a partir de las cero (00:00) horas de la fecha de alta de cada uno de ellos, indicada en la carátula de la póliza o en su caso, lo que señale el certificado de inclusión a la póliza y no en la fecha en que se solicitó la cobertura. La cobertura termina a las veinticuatro horas (24:00 de México) de:

- a) La fecha de expiración de la póliza; o
- b) Por falta de pago de la prima;
- c) A solicitud por escrito del Contratante o Asegurado Titular para terminar su cobertura; o
- d) A solicitud por escrito del Asegurado Titular para terminar la cobertura para algún DEPENDIENTE.

Bupa tendrá la obligación de cubrir el pago de siniestros ocurridos dentro de la vigencia del contrato, teniendo como límite, lo que ocurra primero:

- a) El agotamiento de la suma asegurada;
- b) El monto de los gastos incurridos durante el periodo de vigencia de la póliza y hasta 30 días después de su vencimiento.
- c) La recuperación de la salud o vigor vital respecto de la enfermedad o accidente que afecte al asegurado.



## 4.12 REPORTE DE MOVIMIENTOS

El Contratante se obliga a reportar por escrito los movimientos de inclusión (alta) y exclusión (baja) de miembros de la Agrupación Asegurada y de sus Dependientes, dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha en que ocurran. El incumplimiento de esta obligación por parte del Contratante, traerá como consecuencia que Bupa, en caso de siniestro, sólo cubra a los miembros dados de alta como Asegurados.

**ALTAS.** Si el reporte se efectúa dentro del periodo de tiempo mencionado, la cobertura iniciará desde el momento en que la persona que sea elegible para el seguro en los términos pactados. En caso contrario el inicio de la cobertura quedará condicionado a la aceptación por parte de Bupa, conforme a las pruebas de asegurabilidad que en tal caso queda facultada para pedir.

Para los hijos de los Asegurados nacidos durante la vigencia de la póliza, su aceptación estará garantizada si se da aviso dentro de los noventa (90) días posteriores al nacimiento, presentando el acta de nacimiento. En caso contrario el inicio de la cobertura quedará condicionado a la aceptación por parte de Bupa, conforme a las pruebas de asegurabilidad que en tal caso queda facultada para solicitar.

Para las Agrupaciones Asegurables donde la participación de los Asegurados sea voluntaria y contributiva, tendrán un periodo de treinta (30) días a partir de la fecha de inicio de vigencia de la póliza, para dar de alta a Asegurados o Dependientes, no permitiendo altas subsecuentes, a menos que se trate de personas de nuevo ingreso a la Agrupación Asegurable y soliciten ser Asegurados dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha de su ingreso.

**BAJAS.** Causarán baja de esta póliza las personas que hayan dejado de pertenecer a la Agrupación Asegurada, así como sus Dependientes, en consecuencia, los beneficios del seguro para estas personas cesarán desde el momento de la separación.

El Contratante estará obligado a reintegrar a Bupa los pagos por reclamaciones que ésta hubiere efectuado, si demuestra que el pago lo realizó a causa de la omisión o negligencia en los avisos de bajas por parte del Contratante. En tales casos, Bupa dará aviso y requerirá por escrito al Contratante para que éste efectúe el pago dentro de los cinco (5) días siguientes a la recepción del requerimiento; si el Contratante se abstuviere de realizar el pago, el presente contrato se dará por terminado, sin necesidad de aviso o declaración judicial, sin perjuicio de Bupa para que ejercite las acciones correspondientes.

## 4.13 AJUSTE AL MONTO DE LA PRIMA

En casos de alta o baja de Asegurados o Dependientes, Bupa cobrará o devolverá al Contratante la parte faltante de la prima o la que le exceda, respectivamente, calculada proporcionalmente al lapso comprendido entre la fecha del movimiento y la del vencimiento del Periodo de Seguro, de acuerdo a la metodología registrada ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

## 4.14 MONEDA

Los pagos y liquidaciones que las partes deban realizar, se efectuarán en moneda nacional conforme a la Ley Monetaria vigente a la fecha de pago.

Los gastos cubiertos que se originen en el extranjero, se pagarán de acuerdo al equivalente en moneda nacional, al tipo de cambio correspondiente a dólares de los Estados Unidos de América que publique el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, vigente en la fecha en que se realicen los mismos.

En caso de que los gastos se deban cubrir directamente a los prestadores de servicios médicos en el extranjero, éstos se efectuarán en dólares o el equivalente en la moneda de origen donde se incurrieron en la fecha de pago.

#### **4.15 INTERÉS MORATORIO**

En caso de que Bupa, no obstante haber recibido los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación que le haya sido presentada, no cumpla con la obligación de pagar la indemnización, capital o renta, dentro de los 30 días siguientes a partir de dicha recepción, en los términos del Artículo 71 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, se obliga a pagar al Asegurado Titular, beneficiario o tercero dañado, una indemnización por mora de conformidad con lo establecido en el artículo 135 Bis de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, durante el lapso de mora. Dicho interés se computará a partir del día siguiente a aquél en que se haga exigible la obligación.

#### **4.16 OBLIGACIONES A CARGO DEL ASEGURADO**

El Asegurado debe proporcionar todos los resúmenes clínicos y reportes médicos y, cuando así lo solicite Bupa, igualmente está obligado a firmar todos los formularios de autorización necesarios para que Bupa obtenga tales resúmenes clínicos y reportes médicos. El no cooperar, o el no autorizar el acceso de Bupa a los resúmenes clínicos y reportes médicos de los proveedores de servicios que correspondan, puede ser causa para que las obligaciones de Bupa queden extinguidas.

#### **4.17 PRUEBA DEL CONTRATO**

Forman parte de este contrato y constituyen prueba de su celebración, los certificados individuales, los endosos, las cláusulas adicionales y coberturas que se agreguen a la misma, se emiten en consideración a la solicitud y a las declaraciones formuladas para la apreciación del riesgo por el Asegurado o el Contratante. En consecuencia dichos documentos constituyen prueba del contrato celebrado entre el Contratante y Bupa y en su caso, de sus renovaciones.

El Contratante y los Asegurados están obligados a declarar en las solicitudes mencionadas, de acuerdo con el cuestionario que las mismas contienen, todos los hechos importantes para la apreciación de los riesgos que puedan influir en las condiciones convenidas, tal como los conozcan o deban conocer en el momento de la celebración del contrato o del ingreso en la Agrupación Asegurada.

La traducción de esta póliza a cualquier otro idioma se ofrece como un servicio para el Asegurado; sin embargo, en caso de cualquier duda o controversia siempre prevalecerá la versión en español.

#### **4.18 PAGO DE LA PRIMA**

El Contratante del seguro se obliga a pagar la prima del seguro, la cual se calcula según la edad de cada Asegurado y es determinada por Bupa de acuerdo con la tarifa vigente, debidamente registrada ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas en la fecha de inicio de cada Periodo de Seguro. La prima de esta póliza vence en el momento de la celebración del contrato; Y tratándose de renovaciones, al inicio de la nueva vigencia. Bupa podrá ajustar las primas una vez al año a la fecha de aniversario de la póliza.

El Contratante deberá pagar la prima y las cantidades que correspondan por concepto de gastos de expedición de póliza y el impuesto al valor agregado (IVA) en las oficinas de Bupa en la fecha de su vencimiento. El Contratante del seguro podrá elegir entre pagos semestrales, trimestrales o anuales,

aplicándose en su caso, la tasa de financiamiento por pago fraccionado que corresponda.

Los avisos de primas son enviados como una cortesía, y Bupa no garantiza la entrega de los mismos. Si el Contratante no ha recibido un aviso de pago de prima treinta (30) días antes de la fecha de vencimiento, y no sabe el monto del pago de su prima, deberá comunicarse con su agente o directamente con Bupa.

El pago de la prima a tiempo es responsabilidad del Contratante. La prima debe ser pagada en la fecha de su vencimiento o dentro del Periodo de Gracia establecido. Si no hubiese sido pagada la prima o la primera fracción de ella en los casos de pago en parcialidades dentro del plazo de treinta (30) días naturales siguientes a la fecha de su vencimiento (Periodo de Gracia), los efectos del contrato cesarán automáticamente a las (24:00) horas del último día de ese plazo.

#### **4.19 INFORMACIÓN SOBRE COMISIONES A INTERMEDIARIOS**

Durante la vigencia de la póliza, el Contratante podrá solicitar por escrito a Bupa le informe el porcentaje de la prima que, por concepto de comisión o compensación directa, corresponda al intermediario o persona moral por su intervención en la celebración de este contrato. Bupa proporcionará dicha información, por escrito o por medios electrónicos, en un plazo que no excederá de diez (10) días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la solicitud.

#### **4.20 PAGO DE RECLAMACIONES**

Bupa tiene como política efectuar pagos directos a médicos y hospitales certificados en todo el mundo. Cuando esto no sea posible, Bupa reembolsará al Asegurado Titular la cantidad menor entre la tarifa contractual acordada entre el proveedor y Bupa y/o la tarifa usual, acostumbrada y razonable para esa área geográfica en particular.

Cualquier cargo o parte de un cargo en exceso de estas cantidades será responsabilidad del Asegurado. En caso de que el Asegurado Titular fallezca, Bupa pagará cualquier beneficio pendiente de pago al beneficiario designado en formulario correspondiente y a falta de esta designación a la sucesión del Asegurado.

USA Medical Services deberá recibir la información médica y no médica requerida para determinar la indemnización antes de:

- 1) Aprobar un pago directo, o
- 2) Reembolsar al Asegurado Titular.

#### **4.21 PRUEBA DE RECLAMO**

El Asegurado deberá someter prueba escrita del reclamo en las formas que proporcione Bupa y en ellas deberá consignar todos los datos e informes que en las mismas se indican con su firma de decir la verdad.

Además junto con la reclamación exhibirá las pruebas que obren en su poder o esté en condiciones de obtener y las que solicite Bupa, relativas a la realización del siniestro y los gastos efectuados, tales como : las facturas originales detalladas, resúmenes clínicos, los cuales deben ser enviados al domicilio de Bupa. Si requiere ayuda para los formatos, puede obtenerlos comunicándose con su agente o con USA Medical Services a la dirección anteriormente mencionada, o en la página web: [www.bupa.com.mx](http://www.bupa.com.mx)

La tasa de cambio utilizada para pagos de facturas emitidas en otras monedas que no sean pesos mexicanos, estará de acuerdo con la cláusula de Moneda. Para reclamos de hijos dependientes que ya hayan cumplido los diecinueve (19) años de edad, se deberá presentar un certificado o constancia de la universidad como evidencia de que en el momento de emitir la póliza o renovarla, dichos hijos dependientes son estudiantes de tiempo completo, así como TAMBIÉN una declaración por escrito firmada por el Asegurado Titular confirmando que dichos hijos dependientes son solteros.

Sin excepción, para considerarse como válidas para el pago, todas las facturas deberán cumplir con los requisitos fiscales vigentes y ser emitidas a nombre de Bupa, de acuerdo a los siguientes datos:

BUPA MÉXICO, COMPAÑÍA DE SEGUROS, S.A. DE C.V.

RFC: BMS030731PC4

Domicilio: Blvd. Manuel Ávila Camacho No. 88 piso 5, Col. Lomas de Chapultepec, Ciudad de México, CP. 11000

#### **4.22 OTROS SEGUROS**

El Contratante y el Asegurado, tendrán la obligación de poner en conocimiento de Bupa la existencia de otros seguros de Accidentes y Enfermedades (que incluyen coberturas de Accidentes Personales, Gastos Médicos y Salud) que contraten durante la vigencia de este seguro. El aviso deberá darse por escrito, indicando el nombre de las Compañías de Seguros, el número de las pólizas contratadas y sumas aseguradas.

Si el Contratante o Asegurado omite el aviso referido, Bupa podrá dar por terminado anticipadamente el contrato.

#### **4.23 EXÁMENES FÍSICOS**

Durante el proceso de un reclamo, Bupa se reserva el derecho de solicitar exámenes de cualquier Asegurado cuya enfermedad o lesión sea la base del reclamo, cuando y con la frecuencia que lo considere necesario, corriendo dichos gastos a cargo de Bupa.

#### **4.24 PRESCRIPCIÓN**

Todas las acciones que se deriven de este Contrato de Seguro prescribirán en dos (2) años, contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen en los términos del artículo 81 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, salvo los casos de excepción consignados en el artículo 82 de la misma Ley.

La prescripción se interrumpirá no solo por las causas ordinarias, sino también por el nombramiento de peritos o por la iniciación del procedimiento conciliatorio establecido en el artículo 68 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros. Asimismo, la prescripción se suspenderá por la presentación de la reclamación ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de Bupa.

Artículo 82 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro:

”El plazo de que trata el artículo anterior no correrá en caso de omisión, falsas o inexactas declaraciones sobre el riesgo corrido, sino desde el día en que la empresa haya tenido conocimiento de él; y si se trata de la realización del siniestro, desde el día en que haya llegado a conocimiento de los interesados, quienes deberán demostrar que hasta entonces ignoraban dicha realización.

Tratándose de terceros beneficiarios se necesitará, además, que éstos tengan conocimiento del derecho constituido a su favor”.

## 4.25 REHABILITACIÓN DE PÓLIZA

En caso que este contrato hubiere cesado en sus efectos por falta de pago de primas, el Contratante podrá solicitar la rehabilitación dentro de los treinta (30) días siguientes al último día de plazo de gracia, conforme a las siguientes condiciones:

Solamente procederá la rehabilitación en caso que el recibo tenga menos de sesenta (60) días vencidos; en este caso, se respetará la antigüedad.

Para llevar a cabo la rehabilitación de este contrato, es necesario que el Contratante cubra la prima en descubierto, desde la fecha de vencimiento del periodo del Seguro.

Se entenderá rehabilitado el seguro desde las cero (00:00) horas del siguiente día de la fecha de pago.

Esta póliza no podrá ser rehabilitada más de dos veces dentro de un mismo Periodo de Seguro.

## 4.26 CANCELACIÓN, RESCISIÓN Y TERMINACIÓN

En caso de que el Contratante decida dar por terminado el Contrato después de los primeros 30 días de vigencia de la póliza, Bupa devolverá el 65% de la prima neta correspondiente al tiempo no transcurrido de la vigencia de la póliza más el impuesto proporcional a la cantidad devuelta. En caso de que la póliza haya sido afectada por un siniestro durante la vigencia a cancelar no procederá la devolución de primas.

Dicha terminación deberá llevarse a cabo mediante escrito del Contratante dirigido a Bupa.

Una vez recibida la solicitud de terminación del contrato de seguro, se realizará la devolución correspondiente de acuerdo a lo señalado en el primer párrafo de la presente cláusula, a más tardar dentro de los siguientes 10 días hábiles posteriores a la recepción de la solicitud de terminación, lo cual se realizará mediante cheque nominativo para abono en cuenta del beneficiario.

El Contratante y/o el Asegurado Titular están obligados a declarar en las solicitudes, cuestionarios médicos, declaraciones y demás requisitos, de acuerdo con el cuestionario que los mismos contienen, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir o que influyan en las condiciones convenidas, tal como los conozcan o deban conocer en el momento de la celebración del Contrato y en el momento del ingreso de cualquier Asegurado. Esta obligación aplica a los cuestionarios y a los demás requisitos solicitados por Bupa.

La omisión o inexacta declaración de los hechos importantes a que se refiere el párrafo anterior, facultará a Bupa para considerar rescindido de pleno derecho este Contrato, aunque tales hechos o condiciones no hayan influido en la realización del siniestro, como lo previenen los artículos 8, 9, 10 y 47 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

Asimismo, de conformidad con lo dispuesto por el artículo 70 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, las obligaciones de Bupa quedarán extinguidas, si se demuestra que el Contratante, Asegurado Titular, Beneficiario o sus representantes, con el fin de hacerla incurrir en error, no le proporcionen oportunamente la información que ésta les solicite sobre hechos relacionados con el siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo.

Con la terminación del seguro, concluirá al mismo tiempo el derecho de indemnización. Sin embargo, las consecuencias de enfermedades, accidentes amparados o lesiones sufridas durante la vigencia del seguro estarán cubiertas durante un plazo de treinta (30) días naturales posteriores a la terminación de la vigencia del seguro.

El Contratante no podrá dar en prenda o ceder sus derechos de esta póliza. Ningún Asegurado será independientemente penalizado con la cancelación de su póliza debido a una mala experiencia de reclamaciones de la misma.

#### **4.27 INFORMACIÓN NECESARIA PARA BUPA**

El Contratante estará obligado a comunicarle por escrito a Bupa cualquier cambio de nombre o domicilio, así como cualquier cambio en la cobertura de seguro médico con otra compañía. Asimismo, deberá notificarse la defunción de cualquier Asegurado. Bupa no será responsable de las consecuencias, en caso de que hayan omitido notificarle tales sucesos.

Asimismo, Bupa se reservará el derecho de obtener información sobre el estado de salud de cualquier Asegurado y de dirigirse a cualquier hospital, médico, etc., que atienda o haya atendido al Asegurado por cualquier enfermedad o trastornos físicos o psíquicos. Bupa, además, se reservará el derecho de obtener cualquier historial médico u otros reportes e informes escritos sobre el estado de salud de cualquier Asegurado quienes otorgan su autorización expresa para su revelación a Bupa, para estos fines.

#### **4.28 SUBROGACIÓN**

Bupa se subrogará hasta la cantidad pagada, en todos los derechos y acciones contra terceros que por causa del daño sufrido correspondan al Asegurado. El Asegurado tendrá obligación de cooperar con Bupa para conseguir la recuperación del daño; el incumplimiento de esta obligación facultará a Bupa para dar por terminadas las obligaciones de este contrato.

El derecho a la subrogación no procederá en caso de que el Asegurado tenga relación conyugal o parentesco por consanguinidad o afinidad hasta el segundo grado o civil, con la persona que le haya causado el daño, o bien si es civilmente responsable de la misma.

#### **4.29 LIMITES DE RESPONSABILIDAD**

Con la elección que el asegurado hace de sus médicos, hospitales y diversos prestadores de servicios profesionales para la atención y cuidados de su salud, se asume que la relación que se establece entre ellos, tienen el carácter de estrictamente personal, por lo que el vínculo contractual derivado de dicha elección es voluntaria. Por lo cual, BUPA no tendrá responsabilidad profesional, civil, penal o de cualquier naturaleza que sea determinada por motivo de la práctica profesional de los médicos que son elegidos por el asegurado fuera de la red médica proporcionada por esta Institución.

#### **4.30 BENEFICIOS FISCALES**

Beneficios Fiscales constituyen deducciones personales para el Asegurado por las primas por seguros de gastos médicos, complementarios o independientes de los servicios de salud proporcionados por instituciones públicas de seguridad social, siempre que el beneficiario sea el propio contribuyente, su cónyuge o la persona con quien vive en concubinato, o sus ascendientes o descendientes, en línea recta. (Artículo 176, fracción VI de la Ley del Impuesto sobre la Renta).

#### **4.31 PERIODO DE BENEFICIO**

**PERÍODO DE BENEFICIO:** Bupa tendrá la obligación de cubrir el pago de siniestros ocurridos dentro de la vigencia del contrato, teniendo como límite lo que ocurra primero:

- a) El agotamiento de la suma asegurada.
- b) El monto de gastos incurridos durante el periodo de vigencia de la póliza y hasta treinta días naturales siguientes a la fecha de terminación de la vigencia del contrato.
- c) La recuperación de la salud o vigor vital respecto de la enfermedad o accidente que haya afectado al asegurado

#### 4.32 RENOVACION AUTOMÁTICA

El contratante tendrá derecho a la renovación de su póliza de manera automática, con la salvedad de que dicha renovación no se lleve a cabo cuando Bupa o Sociedad Mutualista o el contratante, notifiquen en por escrito a la contraria su voluntad de no renovarlo, cuando menos con veinte días hábiles antes del vencimiento de la póliza.

La renovación se realizará en condiciones de aseguramiento congruentes con las originalmente contratadas y debidamente registradas y autorizadas por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

Bupa informará al contratante o al asegurado, con al menos veinte días hábiles de anticipación a la renovación de la póliza, los valores de la prima, deducible aplicable a la misma.

Para la determinación de las primas en renovaciones, se analizará la situación de riesgo que en conjunto tienen los participantes del seguro y se determinará una calificación de riesgo general de toda la colectividad, que se utilizará para diferenciar el valor de primas que específicamente le corresponderá dada su expectativa de riesgo siniestral.

En cada renovación se aplicará el deducible contratado que corresponda al mismo plan, si el asegurado no realiza alguna petición de cambio de dicho concepto, de acuerdo a la descripción que del tema se hace en las cláusulas DEDUCIBLE y CAMBIO DE PRODUCTO O PLAN.

#### 4.33 ENTREGA DE INFORMACIÓN

Bupa entregará al asegurado titular o contratante la siguiente información y documentación en los términos que más adelante se señalan:

- I. El número de Póliza o folio de confirmación que corresponda a su solicitud de contratación, para el caso de que se requiera realizar alguna aclaración;
- II. El nombre comercial del producto de seguro o los datos de identificación del mismo;
- III. La dirección de la página electrónica en Internet de Bupa, con la finalidad que se puedan identificar y consultar el modelo del clausulado en donde consten los derechos y obligaciones adquiridos;

Los datos antes señalados se encuentran en la carátula de póliza, condiciones generales y recibo de pago, documentos, se envían al asegurado titular y/o contratante en formato impreso con el paquete inicial al contratar la póliza, y también podrán ser enviados a la dirección de correo electrónico proporcionada o a través de dispositivos electrónicos de almacenamiento como son discos compactos o USB, siempre y cuando el asegurado titular y/o contratante haya elegido esta opción en la solicitud de seguro.

No obstante, lo anterior, las Condiciones Generales aplicables a esta póliza estuvieron disponibles para consulta y conocimiento del asegurado titular y/o contratante previamente a su contratación en la página de Internet [www.bupa.com.mx](http://www.bupa.com.mx). Queda expedito el derecho del asegurado titular y/o contratante para solicitar en cualquier momento a Bupa, un ejemplar impreso de las Condiciones Generales del producto de seguro Bupa, recibos, carátula de póliza y endosos que correspondan a su póliza.

## DEFINICIONES

5



## 5. DEFINICIONES

Esta es una lista de definiciones para algunas palabras y frases utilizadas en esta Póliza, las cuales tienen un significado específico con respecto a los beneficios y reglas de las coberturas.

- 5.1.- ACCIDENTE:** La acción fortuita, causada por una causa externa y violenta que directamente y con independencia de cualquier otra cause en el asegurado una lesión o padecimiento.
- 5.2.- AÑO DE MEMBRESÍA:** El período de doce (12) meses consecutivos que comienza en la fecha efectiva del Contrato y cualquier período subsecuente de doce (12) meses.
- 5.3.- ÁREA DE COBERTURA:** El área geográfica en la cual el Asegurado tiene derecho a recibir tratamiento. Esta área puede incluir o excluir los Estados Unidos de América continentales (llamados EE.UU. en esta guía), dependiendo de la opción de cobertura elegida por el Empleador. Para los propósitos de esta cobertura, Puerto Rico y las Islas Vírgenes de los EE.UU. no son considerados parte de los Estados Unidos de América continentales.
- 5.4.- ASEGURADO:** El empleado y/o dependiente identificado en el Certificado de Membresía. El término "Asegurado" incluye al Asegurado Titular y a todos los dependientes bajo la membresía.
- 5.5.- ASEGURADO TITULAR:** El solicitante nombrado en el Formulario de Inscripción del Empleado para Seguro Gastos Médicos y la primera persona identificado en el Certificado de Membresía, quien está facultado para recibir el reembolso de los gastos médicos cubiertos.
- 5.6.- ATENCIÓN MÉDICA EN EL HOGAR:** Cuidados al asegurado en su hogar, los cuales han sido prescritos y certificados por escrito por el médico tratante, los cuales son 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 certificados y autorizados (por ejemplo, enfermeros, terapeutas, etc.) fuera del hospital, y no incluyen los cuidados asistenciales domésticos.
- 5.7.- BENEFICIO:** Cualquier gasto elegible por el cual Bupa deberá pagar, según especificado en la Tabla de Beneficios.
- 5.8.- BENEFICIO MÁXIMO DE LA COBERTURA BUPA:** Se establecen 100 millones de pesos, como la cantidad máxima acumulada que el asegurado podrá tener como protección a lo largo de las vigencias en que haya tenido cobertura para el mismo accidente o enfermedad, de acuerdo a las condiciones y términos señalados en las condiciones generales de la póliza.
- 5.9.- BUPA:** La compañía de seguros que provee cobertura para los asegurados de la Colectividad.
- 5.10.- CERTIFICADO DE MEMBRESÍA:** Documento del Contrato que especifica la fecha de efectividad, las condiciones, deducibles, alcance y limitaciones particulares de la cobertura y donde se identifica al Asegurado Titular y a cada dependiente cubierto.
- 5.11.- COASEGURO:** La porción de los gastos médicos cubiertos que el Asegurado debe pagar, después de aplicar el DEDUCIBLE pactado.

El Asegurado es responsable por el porcentaje base seleccionado y que se especifica en la carátula de la póliza de los gastos cubiertos por una enfermedad amparada por la póliza, después de aplicar el deducible pactado.

El coaseguro es por año póliza, así como la aplicación de los límites respectivos.

## **5.12.- COMPLICACIONES DEL EMBARAZO, LA MATERNIDAD Y/O EL PARTO:**

Condiciones causadas por, y/o que ocurren como resultado del embarazo o la maternidad, y cualquier condición relacionada con el nacimiento del recién nacido que no sea causada por factores congénitos o hereditarios, que se manifieste durante los primeros treinta y un (31) días de vida, incluyendo pero no limitado a hiperbilirrubinemia (ictericia), hipoxia cerebral, hipoglucemia, prematuridad, déficit respiratorio, o traumatismos durante el parto. Para propósitos de esta cobertura, los partos por cesárea no son considerados una complicación del embarazo, la maternidad y el parto.

**5.13.- CONSULTA:** Visita a un médico para evaluar o tratar una enfermedad.

**5.14.- CONTRATANTE DE LA COLECTIVIDAD:** La persona designada por el Empleador para administrar la membresía de la colectividad. Esta persona es a quien Bupa dirigirá toda la correspondencia, y quien tiene la responsabilidad de efectuar los pagos y notificar a Bupa sobre cualquier cambio a la membresía en nombre del Asegurado.

**5.15.- CUIDADO ASISTENCIAL:** Ayuda para realizar actividades cotidianas que puede ser proporcionada por personal sin entrenamiento médico o de enfermería (por ejemplo, para bañarse, vestirse, afeitarse, alimentarse, ir al baño, etc.).

**5.16.- CUIDADO DEL RECIÉN NACIDO SALUDABLE:** Es el cuidado médico de rutina que se proporciona a un recién nacido saludable.

**5.17.- DEDUCIBLE:** La cantidad de gastos cubiertos que debe ser pagada por el asegurado, antes que los beneficios sean pagaderos de acuerdo al plan contratado.

- a) Un deducible por asegurado, por año póliza, hasta el máximo del deducible aplicado cuando el tratamiento de la enfermedad amparada es realizado fuera del país de residencia.
- b) Un máximo de dos deducibles por certificado de acuerdo a la tabla de deducibles.

En el caso de que el deducible dentro del país de residencia hubiere sido satisfecho y posteriormente los servicios de atención médica se llevan a cabo fuera del país de residencia, la diferencia entre el deducible dentro del país de residencia y el deducible fuera del país de residencia será responsabilidad del asegurado.

- c) Los gastos elegibles incurridos por el Asegurado durante los últimos tres (3) meses del año póliza, que sean utilizados para satisfacer el deducible correspondiente para ese año, serán aplicados al deducible del Asegurado para el siguiente año póliza.
- d) En caso de ACCIDENTE no se aplicará deducible.

**5.18.- DEPENDIENTE:** Cualquier persona mencionada en el Certificado de Membresía que no sea el Asegurado Titular, que haya sido identificada en el Formulario de Inscripción del Empleado para Seguro de Gastos Médicos, y para quien se ha aprobado la cobertura bajo la membresía. Los DEPENDIENTES podrán ser, respecto del Asegurado Titular: su cónyuge o concubina(o), hijos biológicos, hijos adoptados legalmente, hijastros o menores de edad para los cuales el Asegurado Titular ha sido designado como tutor legal por una autoridad competente, los cuales deben ser identificados en la solicitud de seguro y para quienes se proporciona cobertura bajo la póliza.

La cobertura está disponible para los DEPENDIENTES del Asegurado Titular, diferentes de su cónyuge o concubina(o), hasta los diecinueve (19)

años, si son solteros, o hasta los veinticuatro (24) años, si son solteros y estudiantes de tiempo completo (con un mínimo de doce (12) créditos por semestre) en un colegio o universidad acreditada en el momento que la póliza es emitida o renovada. La cobertura para dichos DEPENDIENTES continúa hasta la siguiente fecha de aniversario de la póliza, al cumplir los diecinueve (19) años de edad, si son solteros, o hasta los veinticuatro (24) años de edad, si son solteros y estudiantes de tiempo completo.

Si un(a) hijo(a) DEPENDIENTE contrae matrimonio, deja de ser un estudiante de tiempo completo después de cumplir los diecinueve (19) años de edad y antes de cumplir veinticuatro (24) años, o se muda a otro país de residencia, o cumple veinticuatro (24) años, o si un cónyuge DEPENDIENTE deja de estar casado con el Asegurado Titular por razón de divorcio o anulación, la cobertura para dichos DEPENDIENTES terminará en la fecha del siguiente aniversario de la póliza.

- 5.19.- DIAGNÓSTICO:** Proceso por medio del cual el médico identifica una enfermedad o padecimiento a través de exámenes (resultados de laboratorio, radiografías o cualquier otro examen clínico), la naturaleza y circunstancias de dicha enfermedad o padecimiento. Y la decisión alcanzada en base a este proceso.
- 5.20.- DONANTE:** Persona viva o fallecida de quien se ha removido uno o más órganos, células o tejido para ser trasplantados en el cuerpo de otra persona (receptor).
- 5.21.- EMBARAZO CUBIERTO:** Los embarazos cubiertos son aquéllos para los cuales la fecha del parto es por lo menos diez (10) meses posterior a la fecha efectiva de cobertura para el Asegurado correspondiente. El Asegurado correspondiente no puede ser un hijo dependiente.
- 5.22.- EMERGENCIA:** Condición médica (enfermedad o lesión) que se manifiesta por signos o síntomas agudos que pueden resultar en peligro inmediato para la vida o integridad física del Asegurado si no se proporciona atención médica en menos de veinticuatro (24) horas.
- 5.23.- EMPLEADOR:** Persona física o moral con quien Bupa ha entrado en acuerdo para proporcionar cobertura a sus empleados bajo este seguro de Gastos Médicos.
- 5.24.- ENDOSO:** Documento añadido por Bupa a la póliza colectiva que agrega y detalla una cobertura opcional adicional o característica específica.
- 5.25.- ENFERMEDAD:** Condición anormal del cuerpo humano que se manifiesta por signos, síntomas y/o resultados anormales en los exámenes médicos, que hacen que esta condición sea diferente del estado normal del organismo.
- 5.26.- ENFERMEDAD INFECCIOSA:** Condición clínica que resulta de la presencia de agentes microbianos patógenos, incluyendo virus patógenos, bacterias patógenas, hongos, protozoos, parásitos multicelulares, y proteínas aberrantes conocidas como priones, que puede ser transmitida de una persona a otra.
- 5.27.- ENFERMEDAD TERMINAL:** La enfermedad o condición activa, progresiva e irreversible la cual, sin los procedimientos de soporte de vida, causará la muerte del paciente en un futuro cercano, o bien un estado de inconsciencia permanente para el cual es improbable que haya recuperación.
- 5.28.- ENFERMERO(A):** Profesional legalmente certificado para prestar cuidados de enfermería en el país donde se ofrece el tratamiento.

- 5.29.- EQUIPO DE SERVICIO CORPORATIVO:** Equipo de ejecutivos de servicio Bupa, profesionales y multilingües, capacitados para ayudar a los asegurados con preguntas relacionadas con su membresía, el estado de sus reclamaciones, su cobertura y la actualización de su información personal.
- 5.30.- EXPERIMENTAL:** Todo servicio, procedimiento, dispositivo médico, medicamento o tratamiento que no se adhiere a las pautas de práctica estándar aceptadas en los Estados Unidos de América, independientemente del lugar donde se lleve a cabo dicho servicio. Los medicamentos deberán contar con la aprobación de la Administración de Drogas y Alimentos de los Estados Unidos de América (FDA), a fin de poder ser usados para la enfermedad diagnosticada, o bien con la aprobación de otra agencia gubernamental, estatal o federal, que se requiera en los Estados Unidos de América, independientemente del lugar donde se lleve a cabo el tratamiento médico o se emitan las facturas, y las autoridades de México
- 5.31.- FECHA DE ANIVERSARIO:** es el día que se completa la vigencia de la póliza habiendo transcurrido 365 días desde su inicio.
- 5.32.- FECHA EFECTIVA DE LA MEMBRESÍA:** La fecha indicada en el Certificado correspondiente.
- 5.33.- FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DEL EMPLEADO PARA SEGURO GASTOS MÉDICOS COLECTIVOS Y/O SUPLEMENTO MÉDICO:** Documentos que contienen declaraciones por escrito sobre los empleados y sus dependientes al solicitar cobertura, los cuales son utilizados por Bupa para determinar la aceptación o denegación del riesgo. También se incluyen las declaraciones orales realizadas por el empleado durante la entrevista médica realizada por Bupa, su historial médico, cuestionarios y cualquier otro documento proporcionado o solicitado por Bupa antes de aprobar la membresía.
- 5.34.- GASTO USUAL ACOSTUMBRADO Y RAZONABLE (GUA):** Es la cantidad máxima que Bupa considerará elegible para pago bajo el plan de seguro de Gastos Médicos. Esta cantidad es determinada en base a una revisión periódica de los cargos prevalencientes para un servicio en particular ajustado según la región o área geográfica específica.
- 5.35.- GASTOS CUBIERTOS :** Los honorarios y cargos por tratamientos cubiertos bajo la membresía que Bupa pagará tal como se ha especificado en la Tabla de Beneficios, y los cuales son presentados para reembolso por el Asegurado de acuerdo a los términos y condiciones de la cobertura y sujetos a cualquier deducible o coseguro correspondiente.
- 5.36.- HOSPITAL:** Una institución legalmente autorizada para operar como centro médico o quirúrgico en el país donde se encuentra, y que: se dedica principalmente a proporcionar instalaciones para el diagnóstico, tratamiento y terapia para el cuidado de personas lesionadas o enfermas por o bajo la supervisión de un equipo de médicos.
- 5.37.- HOSPITALIZACIÓN:** Ingreso del asegurado a una instalación hospitalaria por veinticuatro (24) horas o más para recibir atención médica o quirúrgica. La severidad de la enfermedad o condición también debe justificar la necesidad médica para la hospitalización. El tratamiento que se limita a la sala de emergencias no se considera una hospitalización.
- 5.38.- LESIÓN:** Daño infligido al organismo por una causa externa.
- 5.39.- MÉDICAMENTO NECESARIO:** El tratamiento, servicio o suministro médico prescrito por un médico tratante y aprobado y coordinado por USA Medical Services.

**5.40.-MEDICAMENTOS ALTAMENTE ESPECIALIZADOS:** Son medicamentos con un alto costo unitario que tienen una importancia significativa para tratar al paciente fuera del hospital, los cuales son prescritos y supervisados por un especialista en condiciones poco comunes, severas o resistentes al tratamiento de primera elección.

**5.41.- MEDICAMENTOS POR RECETA:** Medicamentos cuya venta y uso están legalmente limitados a la orden de un médico.

**5.42.- MÉDICO O DOCTOR:** Profesional debidamente certificado para practicar la medicina en el país donde se proporciona el tratamiento mientras actúe dentro de los parámetros de su profesión. El término “médico” o “doctor” también incluirá a personas legalmente autorizadas para la práctica de la odontología.

**5.43.- MEMBRESÍA:** La póliza colectiva contratada con Bupa por el Empleador para proporcionar cobertura a los asegurados.

**5.44.- PADECIMIENTO CONGÉNITO Y/O HEREDITARIO:** Cualquier enfermedad o desorden adquirido durante la concepción o la etapa fetal del desarrollo como consecuencia de la constitución genética de los padres o de factores ambientales o agentes externos, sea o no manifestado o diagnosticado antes del nacimiento, durante el nacimiento, después del nacimiento o años más tarde.

**5.45.- PADECIMIENTO Y/O ENFERMEDAD PREEXISTENTE:**

Se considerará preexistente, cualquier enfermedad o padecimiento:

- Que haya sido declarado antes de la celebración del contrato, y
- Que en un expediente médico se determine su existencia a través del diagnóstico de un médico legalmente autorizado con anterioridad a la fecha de celebración del contrato, y
- Diagnosticado con anterioridad a la fecha de celebración del contrato, mediante pruebas de laboratorio, gabinete o cualquier otro medio reconocido de diagnóstico, y
- Por el que previamente a la fecha de celebración del contrato, el asegurado haya realizado gastos comprobables documentalmente para recibir un diagnóstico o tratamiento médico de la enfermedad y padecimiento de que se trate.

**5.46.- PAÍS DE RESIDENCIA:** El país donde el Asegurado reside la mayor parte de cualquier año de membresía, o donde el Asegurado ha residido por más de ciento ochenta (180) días continuos durante cualquier período de trescientos sesenta y cinco (365) días mientras que la membresía está en vigencia.

**5.47.- PERÍODO DE ESPERA:** Lapso de tiempo que debe transcurrir para que inicie la protección de las coberturas que ampara esta póliza.

**5.48.- POLITRAUMATISMO:** Lesiones corporales accidentales que ocurren simultáneamente en diferentes partes del cuerpo como resultado de un accidente.

**5.49.- PROCEDIMIENTO DE TRASPLANTE:** Procedimiento durante el cual un órgano, célula (por ejemplo, célula madre, médula ósea, etc.) o tejido es implantado de una parte a otra, o de un individuo a otro de la misma especie, o cuando un órgano, célula o tejido se remueve y luego se implanta de nuevo en la misma persona.

- 5.50.- PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO:** Una operación o cirugía, incluyendo las consultas inmediatamente antes y después de la cirugía, y todo el cuidado necesario antes de que el paciente sea dado de alta del hospital.
- 5.51.- PROCEDIMIENTOS DE DIAGNÓSTICO:** Procedimientos y pruebas de laboratorio, médicamente necesarios usados para diagnosticar o tratar condiciones médicas, incluyendo patología, radiografía, ultrasonido, resonancia magnética, tomografía computarizada, y tomografía por emisión de positrones (PET).
- 5.52.- RECEPTOR:** La persona que ha recibido, o está en proceso de recibir, el trasplante de un órgano, célula o tejido.
- 5.53.- RECIÉN NACIDO:** Un infante desde el momento del nacimiento hasta que cumple treinta y un (31) días de vida.
- 5.54.- RECONOCIMIENTO MÉDICO DE RUTINA:** (conocidos como check ups) 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.
- 5.55.- RED DE PROVEEDORES:** Grupo de médicos y hospitales aprobados y contratados para atender a los asegurados de Bupa. La lista de hospitales y médicos en la Red de Proveedores en convenio con Bupa para pólizas Corporate Care está disponible en USA Medical Services y está sujeta a cambio sin previo aviso.
- 5.56.- RESIDENCIA Y CUIDADOS PALIATIVOS:** Cuidados que el asegurado recibe después de ser diagnosticado con una condición terminal, incluyendo cuidados físicos, psicológicos y sociales, así como adecuación de la cama, cuidados de enfermería, y medicamentos por receta. Este cuidado debe ser aprobado con anticipación por USA Medical Services.
- 5.57.- SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA:** Petición de los servicios y opinión de un médico distinto del médico tratante.
- 5.58.- 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.
- 5.59.- SERVICIOS DE REHABILITACIÓN:** Tratamiento proporcionado por un profesional de la salud legalmente acreditado, con la intención de habilitar a personas que han perdido la capacidad de funcionar normalmente debido a una lesión, enfermedad o cirugía, o para el tratamiento del dolor, que les permita alcanzar y mantener su función física, sensorial, e intelectual normal. Estos servicios pueden incluir: cuidado médico, terapia física, terapia ocupacional y otros.
- 5.60.- SERVICIOS HOSPITALARIOS:** El personal hospitalario de enfermería, instrumentistas, habitaciones privadas o semi-privadas estándar y alimentación, y otros tratamientos o servicios médicamente necesarios ordenados por un médico para el asegurado que ha sido hospitalizado.
- Estos servicios no incluyen llamadas telefónicas locales, televisión, periódicos, enfermero(a) privado(a), ni la sustitución de una habitación privada estándar por una suite o junior suite.

- 5.61.- SUMA ASEGURADA:** Es el límite máximo de responsabilidad económica a cargo de BUPA, convenido para cada cobertura y aplicable por enfermedad o accidente cubierto y ocurrido dentro de la vigencia de esta la membresía.
- 5.62.- TRANSPORTE POR AMBULANCIA AÉREA:** Transporte aéreo de emergencia desde el hospital donde el asegurado está ingresado, hasta el hospital más cercano donde se le puede proporcionar el tratamiento adecuado.
- 5.63.- TRANSPORTE POR AMBULANCIA TERRESTRE:** Transporte de emergencia hacia un hospital por ambulancia terrestre.
- 5.64.- TRATAMIENTO:** Servicios médicos o quirúrgicos (incluyendo pruebas de diagnóstico) que son necesarios para diagnosticar, aliviar, o curar una enfermedad o lesión.
- 5.65.- TRATAMIENTO DENTAL RECLACIONADO CON UN ACCIDENTE:** Tratamiento necesario para restaurar o reemplazar el daño o la pérdida de dientes sanos sufridos durante un accidente cubierto.
- 5.66.- TRATAMIENTO MÉDICO DE EMERGENCIA:** Atención o servicios médicamente necesarios debido a una emergencia.
- 5.67.- SINTOMA:** Referencia que da un Asegurado o médico tratante, por la percepción o cambio que reconoce como anómalo, o causado por un estado patológico.
- 5.68.- SIGNOS:** Son las manifestaciones visibles de una enfermedad o padecimiento constatadas por un médico tratante.
- 5.69.- SUMA ASEGURADA POR PERSONA POR AÑO PÓLIZA:** Monto en millones de dólares americanos por persona y por año póliza, sujeta a los límites de cobertura que se estipulan en la póliza, para cubrir vía reembolso o pago directo a los prestadores de servicios, los Gastos Médicos en los que incurra el asegurado en la vigencia en curso, tanto en el territorio de la República Mexicana como en el Extranjero, por accidentes o enfermedades cubiertos por la póliza, de acuerdo a las condiciones y términos señalados en las Condiciones Generales de la Póliza.

La suma asegurada para la reclamación en curso, será la suma asegurada por año póliza, reducida por los pagos que se hubiesen efectuado por los diferentes accidentes o enfermedades cubiertos, ocurridos durante el mismo año póliza.

Al concretarse la renovación de la póliza, se establecerá una nueva suma asegurada por persona por año póliza, para los gastos incurridos por accidentes o enfermedades cubiertas por la renovación en curso, así como a los gastos incurridos en esta nueva vigencia, por accidentes o enfermedades cubiertos en las vigencias previas, aún para aquellos accidentes o enfermedades cubiertos que por sí mismos, hubieran agotado la suma asegurada por persona por año.

## AVISO DE PRIVACIDAD

La información personal proporcionada por el Asegurado titular de la ("EL TITULAR"), consistente en su nombre completo, domicilio, teléfono y demás datos personales que Bupa recolecte o haya recolectado por cualquier vía, incluyendo electrónicamente, mediante grabación de conversaciones telefónicas, o a través de cualquier otro medio, por sí o a través de un tercero, será utilizada para la identificación del Titular, así como para el cumplimiento de las obligaciones contenidas en este convenio o contrato de seguro celebrado, al cual se incorpora el presente aviso como parte integrante del mismo, así como para la gestión de otras solicitudes y contratos con entidades de Bupa.

La información del TITULAR que Bupa recabe, será tratada con la confidencialidad debida y no podrá ser objeto de enajenación a terceras personas. Sin embargo, el Asegurado Titular autoriza a Bupa a compartirla en los siguientes casos:

- a) Cuando dicha transferencia de información se efectúe con terceros para dar cumplimiento a cualquier contrato de comisión o de prestación de servicios o diversos convenios que se hubiesen celebrado con el Titular.
- b) En los casos que lo exija la Ley o la procuración o administración de justicia.

La información personal será resguardada por el Departamento y/o responsable de Datos Personales de Bupa, ante quien el Titular puede ejercer sus derechos de acceso, rectificación, oposición y cancelación, mediante solicitud por escrito que debe contener y acompañarse de lo siguiente:

- I. Identificación oficial o documentación con que se acredite la representación del Titular.
- II. Descripción clara y precisa de la información respecto de la cual se solicite el acceso, rectificación, oposición o cancelación según sea el caso.

Bupa dará respuesta a dicha solicitud en un plazo máximo de veinte (20) días y de resultar procedente conforme a la Ley aplicable, se hará efectiva dentro de los quince (15) días siguientes a la fecha en que se comunique la respuesta.

Asimismo, mediante el mismo mecanismo, el Titular puede limitar el uso que conforme al presente aviso se de a su información personal.

Bupa se reserva el derecho a modificar este aviso de privacidad en cualquier momento, mediante la publicación de un anuncio destacado en su portal electrónico en Internet [www.bupa.com.mx](http://www.bupa.com.mx)

Se entenderá que el Titular consciente tácitamente el tratamiento de su información personal en los términos indicados en el presente Aviso de Privacidad si no manifiesta su oposición al mismo.

**Para cualquier aclaración o duda no resueltas en relación con su seguro, contacte a la Unidad Especializada de Bupa en:**

MONTES URALES NÚMERO 745, PRIMER PISO, COLONIA LOMAS DE CHAPULTEPEC, DELEGACIÓN MIGUEL HIDALGO, C.P. 11000, CIUDAD DE MÉXICO.

**TELÉFONO:** 52021701 EXT. 4417

**E- MAIL:** UEAP@bupalatinamerica.com

**HORARIO DE ATENCIÓN (DÍAS HÁBILES):** LUNES A JUEVES DE 8:00 A 18:00 HORAS Y VIERNES DE 8:00 A 16:00 HORAS.

**o bien comunicarse a la Comisión Nacional para la Protección y defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF):** Avenida Insurgentes Sur, número 762, Colonia Del Valle, Ciudad de México, C.P. 03100, Teléfono: (55)53400999.

**En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 7 de noviembre de 2016, con el número CNSF-S0065-893-2016.**



# SUPLEMENTO

## EL PROCEDIMIENTO DE RECLAMACIÓN

Los Asegurados deben notificar a USA Medical Services en el momento que saben que necesitarán algún tipo de tratamiento.

### CUATRO RAZONES PARA NOTIFICAR A USA MEDICAL SERVICES AL 5202-17-01 (EN MÉXICO):

Horario de 8:00 a 17:00 hrs. de lunes a viernes.

Y las 24 horas del día, los 365 días del año a los siguientes números de teléfono:

En México, sin costo: **0180003263339**

En los EE.UU.: **+1 (305) 275-1500**

Sin costo desde los EE.UU.: **+1 (800) 726-1203**

Fax: **+1 (305) 275-8555**

Correo electrónico: **usamed@usamedicalservices.com**

Fuera de los EE.UU.: **EL NÚMERO DE TELÉFONO SE ENCUENTRA EN SU TARJETA DE IDENTIDAD, O EN [www.bupa.com.mx](http://www.bupa.com.mx)**

1. **AYUDA** para entender y coordinar sus beneficios, con acceso directo a nuestro equipo de médicos y personal calificado las 24 horas del día.
2. **APOYO** de nuestro equipo médico que le ofrece orientación a usted y su familia para identificar el mejor tratamiento y servicio médico a su alcance: los mejores hospitales, médicos acreditados y servicios en su comunidad.
3. **ACCESO** a representantes médicamente calificados con extensa experiencia en la industria, quienes le ayudarán a evitar o reducir recargos y gastos médicos innecesarios.
4. **AL NOTIFICARNOS** con anticipación, podemos proporcionarle la mejor atención administrativa antes, durante y después de su tratamiento o servicio.

## ANTES

Al notificar a USA Medical Services que un Asegurado necesita cualquier tipo de tratamiento médico, uno de nuestros médicos se comunicará inmediatamente con el médico del paciente y la instalación médica. En cuanto recibimos toda la información necesaria de su proveedor, incluyendo los expedientes médicos, nuestro personal profesional coordinará el pago directo y confirmará sus beneficios. Así es como garantizamos a nuestros Asegurados su ingreso al hospital sin contratiempos, evitándole la preocupación de pagos y reembolsos. Además, le ayudamos a coordinar y programar ambulancias aéreas, segundas opiniones médicas y quirúrgicas, citas con especialistas, y otros servicios médicos.

## DURANTE

Durante el tratamiento y/o la hospitalización, nuestros médicos y personal profesional llevarán un control del paciente mediante la comunicación frecuente con el médico y el personal hospitalario, además de dar seguimiento al progreso, resultados y tratamientos necesarios. También ofrecemos información y apoyo a la familia del paciente sobre los últimos avances de la medicina y los tratamientos más modernos. Nuestro personal visitará a los pacientes, se comunicará con sus familias para contestar preguntas y ofrecer asistencia, y se asegurará que el paciente esté recibiendo un servicio de la mejor calidad.

## DESPUÉS

Después de que el paciente es dado de alta del hospital o termina su tratamiento, nuestros médicos de USA Medical Services coordinarán cualquier tratamiento o terapia de seguimiento, y harán los trámites necesarios hasta que se procese el pago de la reclamación.

# LA NOTIFICACIÓN ANTES DEL TRATAMIENTO

Esta sección le explica qué necesita hacer si su médico le informa que requiere un tratamiento o seguimiento médico. También le explica qué información necesitará al contactarnos, y cómo le ayudaremos durante el proceso.

La autorización de un tratamiento es manejada por nuestro equipo de profesionales médicos en USA Medical Services. Ellos le ayudarán a obtener acceso al tratamiento que necesita tan pronto como sea posible. Le ofrecerán información y orientación, así como también confirmación de su cobertura para cualquier tratamiento. Por favor asegúrese de notificar a USA Medical Services llamando al +1 (305) 275 1500 o enviando un mensaje por correo electrónico a [usamed@usamedicalservices.com](mailto:usamed@usamedicalservices.com) por lo menos 72 horas antes de recibir cualquier tratamiento médico, o dentro de las 72 horas después de haber recibido cualquier tratamiento de emergencia.

## SI SU MÉDICO LE INDICA QUE DEBE CONSULTAR A UN ESPECIALISTA O HACERSE EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO

Llame o envíe un mensaje por correo electrónico a USA Medical Services. La siguiente información nos ayudará a procesar su reclamación con mayor rapidez:

- 1) El nombre del médico que hace la referencia médica
- 2) El nombre del médico a quien ha sido referido
- 3) El examen de diagnóstico que necesita

A qué hospital prefiere ir. También nos ayudará si usted le pide a su médico una copia de las notas clínicas o expedientes médicos referentes a su condición para que nosotros podamos evaluarlos. Puede enviarlos por correo electrónico o por fax.

El personal de USA Medical services fijará las citas para los exámenes y confirmará su cobertura con el médico y el hospital. Normalmente este proceso toma unos días una vez que tengamos toda la información necesaria.

## SI SU MÉDICO LE INDICA QUE NECESITA CIRUGÍA, TRATAMIENTO AMBULATORIO O SER HOSPITALIZADO

Llame o envíe un mensaje por correo electrónico a USA Medical Services. Cuando nos contacte, necesitaremos la siguiente información:

- 1) La condición/síntomas que se están tratando
- 2) El tratamiento propuesto
- 3) El nombre del médico que hace la referencia médica
- 4) El médico y hospital a donde prefiere ir de nuevo, si nos envía copias de las notas clínicas o expedientes médicos, podremos procesar su reclamación con mayor rapidez. Una vez contemos con toda la información:
  - a) Verificaremos que su póliza esté vigente cuando necesita el tratamiento.
  - b) Verificaremos que la condición y tratamiento cumplen con los requisitos estipulados en los términos y condiciones de su plan.
  - c) Confirmaremos su cobertura con el médico y el hospital.
  - d) Fijaremos con el hospital una cita que sea conveniente para usted. Para procesar su reclamación al salir del hospital, necesitamos el formulario de solicitud de reembolso, los expedientes médicos, las facturas originales y las notas clínicas del caso. Usualmente recibimos estos documentos directamente del hospital. Sin embargo, si no obtenemos estos documentos y tenemos que solicitarlos, el proceso de su reclamación puede retrasarse.

Cuando su reclamación ha sido aprobada, confirmaremos las cantidades pagadas y le informaremos sobre cualquier cantidad que usted necesite pagar directamente al médico u hospital (por ejemplo, el deducible que eligió en su plan).

En la mayoría de los casos, USA Medical Services pagará directamente al médico y al hospital; sin embargo, hay ocasiones en las que esto no es posible. Este es usualmente el caso cuando el tratamiento tuvo lugar en un hospital que no forma parte de la Red de Proveedores en convenio con Bupa para pólizas Corporate Care, si el Asegurado no notificó sobre el tratamiento, o si necesitamos información adicional sobre la condición del Asegurado.

## SI SU MÉDICO RECOMIENDA TERAPIA FÍSICA O REHABILITACIÓN DESPUÉS DE UNA CIRUGÍA

Llame o envíe un mensaje por correo electrónico a USA Medical Services. Cuando nos contacte, necesitaremos la siguiente información:

1. El plan para su terapia
2. El terapeuta que estará consultando Su médico deberá proporcionar un programa de terapia que desglose cuántas sesiones terapéuticas son necesarias, y cuál es el progreso que se espera alcanzar. Necesitamos recibir este programa antes de aprobar la terapia.

# CÓMO SOLICITAR UN REEMBOLSO

Si el Asegurado ha seguido los pasos necesarios y el tratamiento o servicio está cubierto bajo la membresía, USA Medical Services procesará el pago directo al proveedor. Sin embargo, en algunas circunstancias cuando esto no es posible, USA Medical Services deberá procesar un reembolso directamente al Asegurado. En esos casos, hay ciertas directrices que el Asegurado debe seguir, como se indica a continuación.

Para agilizar el procesamiento de su reclamación, por favor siga los siguientes pasos:

- Llene el formulario de solicitud de reembolso. Puede encontrar una copia de éste formulario en su kit informativo.
- Adjunte todos los documentos relacionados con el tratamiento médico, si todavía no los ha enviado. Por ejemplo:
  - Reporte del médico
  - Resultados de diagnósticos y exámenes de laboratorio
  - Recetas médicas
  - Solicitud de equipo médico
- Adjunte todos los recibos originales. Los duplicados o copias no serán aceptados. Por ejemplo:
  - Facturas
  - Comprobantes de pago
- Envíe la solicitud de reembolso a más tardar 180 días después de la fecha de servicio a su Administrador de la colectividad o directamente a:

En México:

**5202-17-01**

De 8:00 a 17:00 hrs. de lunes a viernes.

Las 24 horas del día, los 365 días del año a los teléfonos:

En México, sin costo:

**0180003263339**

En los EE.UU.:

**+1 (305) 275-1500**

Sin costo desde los EE.UU.:

**+1 (800) 726-1203**

Fax:

**+1 (305) 275-8555**

Correo electrónico:

**usamed@usamedicalservices.com**

Fuera de los EE.UU.:

**EL NÚMERO DE TELÉFONO SE ENCUENTRA  
EN SU TARJETA DE IDENTIDAD, O EN [www.bupa.com.mx](http://www.bupa.com.mx)**

Montes Urales No. 745 1er piso  
Col. Lomas de Chapultepec  
C.P. 11000  
México, D.F.  
Tel. (55) 5202 1701  
Fax (55) 5202 2097  
[www.bupa.com.mx](http://www.bupa.com.mx)