





# GUÍA DE ACTUALIZACIONES

Bupa Panamá, S. A.





# Coberturas / Servicios







**Incrementamos la cobertura de parto a US\$8,000.**

**EMBARAZO, MATERNIDAD Y PARTO:**

**(a) Parto normal:** Los gastos médicos relacionados con un parto normal se cubren hasta un máximo de ocho mil dólares (US\$8,000) por embarazo, sin deducible, si la madre asegurada ha estado cubierta bajo esta membresía durante diez (10) meses antes de la fecha estimada del parto.

**Mejoramos la cobertura de complicaciones de Maternidad para la Opción 1 y 2**

**BENEFICIOS Y LIMITACIONES POR MATERNIDAD** (Solo planes de deducible que incluyen la cobertura de maternidad y parto)

**Opción 1:** Complicaciones de la maternidad y el parto (máx. de por vida) US\$150,000

**Opción 2:** Complicaciones de la maternidad y el parto (máx. de por vida) US\$400,000

**Eliminamos el límite de máximo de 20 visitas a médicos y especialistas al año**

**SERVICIOS AMBULATORIOS:** Solamente se proporciona cobertura cuando el servicio es médicamente necesario.

**Honorarios por visitas a médicos y especialistas:** Los honorarios por visitas a médicos y especialistas por una consulta realizada como servicio ambulatorio están cubiertos cómo se indica en su Tabla de Beneficios.





**Clarificamos la cobertura de trasplante de médula ósea en la Tabla de Beneficios para tratamiento de cáncer.**

---

Opción 1 y 2

Tratamiento del cáncer

(quimioterapia/radioterapia/ trasplante de médula ósea)

**Incluimos la extensión de cobertura para dependientes elegibles por fallecimiento del Asegurado Titular.**

---

En caso de que fallezca el Asegurado Titular, la Aseguradora otorgará cobertura a los asegurados dependientes cubiertos bajo la póliza al momento del fallecimiento del Asegurado Titular durante 1 año sin costo alguno a partir del vencimiento pagado por el Asegurado Titular, si la causa de la muerte del Asegurado Titular se debió a un accidente, enfermedad o dolencia cubierto bajo esta póliza. Este beneficio aplica solamente a los dependientes cubiertos bajo la póliza existente y terminará automáticamente para el cónyuge o pareja sobreviviente si contrae matrimonio, o para los dependientes sobrevivientes que dejen de ser elegibles bajo esta póliza y/o para los cuales se haya emitido su propia póliza por separado.

Esta cobertura no será procedente si los beneficiarios del asegurado titular solicitan la devolución de la prima no devengada por fallecimiento, y dicha devolución es efectuada en términos de las Condiciones Generales.





**Modificamos la exclusión de medicamentos o dispositivos anticonceptivos para dar cobertura a tratamientos y/o dispositivos cuyo uso sea requerido para tratar una enfermedad o condición cubierta por la póliza y cuyo propósito principal no sea el control de la natalidad.**

---

**MEDICAMENTOS SIN RECETA:**

---

(b) Cualquier medicamento o dispositivo anticonceptivo, **excepto cuando su propósito principal no sea con fines anticonceptivos y la condición o diagnóstico a ser tratada cuenta con cobertura dentro de los términos y condiciones de su póliza.**







**Eliminamos el requisito de presentar certificado de estudios para determinar la elegibilidad de un dependiente mayor de 18 años.**

---

La cobertura está disponible para los hijos dependientes del Asegurado principal hasta antes de cumplir los veinticuatro (24) años, si son solteros 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 o la siguiente fecha de renovación, la que ocurra primero, después de cumplir los veinticuatro (24) años de edad, si son solteros.

**Incluimos la definición de Notificación para brindar mayor claridad en caso de emergencias.**

---

**NOTIFICACIÓN:** Comunicación obligatoria por parte del Asegurado donde informa y notifica a la Aseguradora sobre la ocurrencia de un accidente o la necesidad de recibir tratamiento de emergencia. Esta notificación debe realizarse en el curso de las primeras setenta y dos (72) horas desde el inicio del tratamiento. Se aceptará que un tercero realice la notificación en nombre del asegurado en caso de estar imposibilitado. La comunicación se recibirá a través de los canales de asistencia, los cuales están especificados en la tarjeta de seguro.

**Incluimos la exclusión por Actos Negligentes.**

---

Las afectaciones del estado de salud del ASEGURADO a consecuencia de actos negligentes, imprudentes y temerarios o como resultado del incumplimiento por parte del ASEGURADO de las leyes, regulaciones y/o normativas aplicables o por actos u omisiones contrarias a las advertencias o instrucciones de uso de bienes y servicios.





# Explicación de los beneficios, exclusiones y definiciones





**Redefinimos el alcance de Transportación Médica de Emergencia, estableciendo los protocolos y niveles de servicios más adecuados y eficientes.**



## **Transportación Médica de Emergencia**

La selección del centro de traslado médico más cercano por parte de La Aseguradora se realizará según la siguiente priorización:

**1**

Centro médico más cercano **dentro del país** donde el asegurado se encuentre hospitalizado y/o donde se encuentra el asegurado en el momento en que solicita el transporte o,

**2**

Centro médico más **cercano en el país limítrofe** con el país donde el asegurado se encuentre hospitalizado y/o donde se encuentra el asegurado en el momento en que solicita el transporte o,

**3**

Centro médico **en otro país cercano** dentro de la región donde el asegurado se encuentre hospitalizado y/o donde se encuentre el asegurado en el momento en que se solicita el transporte,

**4**

En el caso de evacuación médica a los **Estados Unidos de América**, se considerará el centro médico correspondiente en la ciudad más cercana al país donde se encuentre hospitalizado el asegurado y/o donde se encuentre el asegurado en el momento en que se solicita el transporte. La Aseguradora no autorizará traslados a otra ciudad de los Estados Unidos de América salvo que sea médicamente necesario debido a la disponibilidad de tratamiento en el centro más cercano.

En los casos en que se requiera una **ambulancia terrestre**, debido a un accidente, se deberá notificar al asegurador dentro de las setenta y dos (72) horas siguientes a la ocurrencia del evento.

Las atenciones programadas que no se consideren una emergencia no estarán cubiertas por el beneficio de Transportación de Emergencia.





## Transportación por Ambulancia Aérea

-Todo el transporte en ambulancia aérea debe ser evaluado, aprobado previamente y coordinado por USA Medical Services. Si el asegurado no obtiene autorización previa, el Asegurador se reserva el derecho de no pagar los gastos.

-La Aseguradora no pagará ningún otro costo relacionado con el traslado, como gastos de traslado diferentes a los aquí mencionados.





**Hemos ampliado la definición del beneficio de Cuidados Paliativos para los productos que cuentan con esta cobertura.**

---

#### **COBERTURA CUIDADOS PALIATIVOS PARA PACIENTES TERMINALES**

---

Se entenderán como cuidados paliativos aquéllos que se otorgan a pacientes que no responden al procedimiento curativo y se encuentran en etapa terminal con una expectativa de vida de seis (6) meses o menos. Derivado de esta cobertura, la Aseguradora pagará los servicios **hasta por un máximo de doce (12) meses**, si el ASEGURADO recibe un diagnóstico de enfermedad terminal y si ya no puede recibir tratamiento que conduzca a su recuperación.





## La Aseguradora pagará solo por una de las siguientes opciones:

### 1. Servicios de centros especializados para pacientes terminales y de cuidados paliativos, el servicio consiste en:

---

- Alojamiento en centro para pacientes terminales
- Cuidados de enfermero(a) profesional calificado
- Medicamentos recetados y terapias para disminuir el dolor corporal
- Cuidados físicos, psicológicos, sociales y espirituales

### 2. Servicios de enfermería en casa para pacientes terminales y de cuidados paliativos, el servicio consiste en:

---

- Cuidados de enfermero(a) profesional calificado ante la autoridad nacional competente donde se reciba el tratamiento o servicio,
- Medicamentos recetados y terapias para disminuir el dolor corporal
- Cuidados asistenciales proporcionado por un enfermero(a) profesional calificado

**Estos servicios deben ser aprobados con anticipación por la Aseguradora.**





## Definición

Se entenderán como cuidados paliativos aquéllos que se otorgan a pacientes que no responden al procedimiento curativo y se encuentran en etapa terminal. Representan un enfoque para mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familias que enfrentan los problemas asociados con enfermedades mortales. Incluye la prevención y el alivio del sufrimiento mediante la identificación temprana, evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas físicos, psicosociales y espirituales.

---

**No incluyen radioterapias o quimioterapias paliativas como método para el manejo del dolor.**

---





**Esclarecimos que los deducibles adicionales establecidos para determinadas limitaciones del asegurado, no aplican para traspaso de deducible al siguiente año póliza.**

---

#### CLÁUSULA DEDUCIBLE

---

Este beneficio no aplica para deducibles adicionales al deducible anual regular de la póliza que pudieran ser aplicados para determinadas limitaciones del Asegurado.







**Incluimos el alcance, exclusión y la definición de Prótesis Capilar (peluca) para personas con tratamiento de cáncer en curso, con el objetivo de especificar las circunstancias en las que aplica la cobertura y en cuales casos está excluida.**

### **BENEFICIO**

La cobertura para prótesis capilar está sujeta a las siguientes condiciones:

- a. Cuando el asegurado esté llevando un tratamiento para el cáncer.
- b. La pérdida de cabello sea directa y exclusiva a consecuencia del tratamiento de cáncer.
- c. Debe ser preautorizado por la Aseguradora.

### **EXCLUSIÓN**

Estarán excluidos los gastos para la adquisición de prótesis capilar a consecuencia de un diagnóstico para cáncer siempre y cuando:

- a. No sean preautorizados por la aseguradora.
- b. Éstos sean asociados con el cuidado y mantenimiento de las pelucas, incluyendo, pero no limitado a costos relacionados con porta pelucas, servicios de estilistas, productos de cuidado capilar y ajustes necesarios.

### **DEFINICIÓN**

La prótesis capilar es una pieza formada por una base especial en forma de malla a la que están unidas fibras de cabello.





## Hemos incluido la cláusula Pago de Reclamos No Cubiertos, reafirmando así el derecho de la aseguradora de no cubrir reclamos excluidos o no cubiertos bajo los términos y condiciones de la póliza.

### PAGO DE RECLAMOS NO CUBIERTOS:

La Aseguradora no está en la obligación de dar cobertura y/o pagar reclamos excluidos o no cubiertos bajo los términos y condiciones de la póliza bajo ninguna circunstancia (como por ejemplo, pero sin limitar, a aquellos casos en donde: La Aseguradora, por error, de su parte, haya realizado pagos a reclamos que posteriormente se identifiquen como excluidos o no cubiertos bajo los términos y condiciones de la póliza; casos en los que La Aseguradora no reciba documentación completa y veraz relacionada al reclamo, entre otros).

Cualquier pago a reclamos de condiciones excluidas o no cubiertas por los términos y condiciones de la póliza, se considerarán un error que de ninguna manera constituirá un derecho adquirido por parte del Asegurado, a su vez, dichos pagos no constituirán un precedente y/o referencia para otras y/o futuras coberturas relacionadas al mismo o similar diagnóstico o cualquier reclamo relacionado; por tanto, el Asegurado no tiene ni tendrá derecho a exigir coberturas a cualquier reclamo derivado del mismo evento y/o cualquier evento, reclamo, o condición excluida o no cubierta bajo los términos y condiciones de su póliza.





---

**En aquellos casos en donde La Aseguradora realice pagos a reclamos no cubiertos por los términos y condiciones de la póliza, la Aseguradora podrá, a su entera discreción:**

---

- I. Solicitar el reembolso de los pagos realizados por error al Asegurado Titular (dicho reembolso deberá ser realizado dentro de los siguientes treinta días a la fecha de cobro por parte de La Aseguradora al Asegurado);
- II. Reducir el monto pagado por error de cualquier reclamación pendiente o futura;
- III. Reducir el monto pagado por error de la prima no devengada;
- IV. Levantar cualquier acción necesaria para obtener el reembolso del monto relacionado a los reclamos pagados por error.





## Hemos incluido la definición y la exclusión de Eutanasia o Muerte Asistida.

### DEFINICIÓN

Acto voluntario, explícito y consentido de poner fin a la vida de una persona que ha sido previamente diagnosticada en fase terminal de una enfermedad, a través de procedimientos médicos preestablecidos, ya que padecen una enfermedad grave e incurable, o una condición grave, crónica, irreversible e incapacitante, que causa sufrimiento físico o psicológico constante e intolerable.

### EXCLUSIÓN

Esta póliza no cubre ningún gasto derivado de la eutanasia o muerte asistida, en cualquiera de sus modalidades (voluntaria activa, voluntaria pasiva o suicidio asistido), incluso si en el país donde se encuentre el asegurado dicho procedimiento esté legalizado y/o regulado.



