



“Tengo tranquilidad,  
sabiendo que mi familia  
está cubierta por Bupa”

**Bupa** 

**Bupa Secure Care**  
**Guía para Asegurados**  
Bupa México, Compañía de  
Seguros, S.A. de C.V.

*Bupa*

A white ECG (heart rate) line graphic that starts with a flat baseline, then rises to a sharp peak, followed by a smaller peak and a final small peak before ending.

## Contenido

Bienvenido a Bupa	1
USA Medical Services	1
Administre su póliza <i>online</i>	2
Opciones	3
Para contactarnos	4
Condiciones generales de la póliza	6
Suplemento	
¿Cómo funciona el proceso de reclamos de USA Medical Services?	43
La notificación: El primer paso en el proceso de reclamo	44
Cómo presentar un reclamo después de su tratamiento o servicio	47

## Bienvenido a Bupa

Gracias por elegir Bupa Secure Care, ofrecido por Bupa, una de las aseguradoras de salud más grandes y de mayor experiencia en el mundo.

Esta Guía para Asegurados contiene las provisiones y beneficios de su Póliza Bupa Secure Care, así como otra información importante sobre cómo contactarnos y qué debe hacer si necesita usar su cobertura.

Por favor revise su Certificado de Cobertura, el cual muestra el deducible que ha elegido, y cualquier exclusión y/o enmienda a su cobertura.

Si tiene alguna pregunta sobre su plan, puede comunicarse a nuestra línea de servicio al cliente. Puede encontrar nuestra información de contacto en la sección "Para contactarnos" de esta Guía para Asegurados.

## USA Medical Services

### Su línea directa a la experiencia médica

Como parte del grupo Bupa, USA Medical Services ofrece a los Asegurados del grupo Bupa el mayor apoyo profesional al presentar un reclamo. 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 tratamiento de la manera más fácil, 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 programar una cita médica, el ingreso a un hospital, o una ambulancia aérea, nuestros profesionales médicos están a su alcance con sólo una llamada las 24 horas del día, los 365 días del año. Nuestro personal médico mantendrá una comunicación constante con usted y su familia, recomendando el hospital y/o especialista adecuado durante cualquier crisis médica.

### Cuando ocurre lo peor, USA Medical Services está a su alcance con sólo una llamada

En caso de una emergencia, USA Medical Services moviliza su extenso sistema mundial de transporte aéreo y terrestre de emergencia. Proporcionamos 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.

## Administre su póliza *online*

Como cliente de Bupa, usted tiene acceso a una variedad de servicios *online*. Visite [www.bupa.com.mx](http://www.bupa.com.mx), donde encontrará:

- Guía sobre cómo presentar un reclamo.
- Noticias sobre Bupa.
- Información sobre nuestra gama de productos.
- Cotizador gratis de primas.

## Suscríbase como cliente *online* - es gratis y muy fácil

Nuestro servicio al cliente *online* ha sido diseñado para usted que desea evitar los retrasos del correo, las cartas extraviadas, y el archivo de documentos de seguro. Haga clic sobre "Inscríbase", siga la guía, y obtenga:

- Un resumen completo de su póliza.
- Copia de su solicitud de seguro de gastos médicos mayores.
- El estatus del reembolso de sus reclamos más recientes.
- Información sobre los pagos de su prima y facturas electrónicas.

# Opciones

## Elección de deducible

Le ofrecemos una variedad de opciones de deducible anual para ayudarle a reducir el precio que paga por su cobertura; mientras más alto sea el deducible, tanto menor será la prima. Usted puede elegir entre los siguientes deducibles (expresado en dólares de los Estados Unidos de Norteamérica):

Plan					
Deducible	2	3	4	5	6
Dentro del país de residencia	1,000	2,000	5,000	10,000	20,000
Fuera del país de residencia	2,000	3,000	5,000	10,000	20,000

Solamente aplica un deducible por persona, por año póliza. Sin embargo, para ayudarle a reducir los gastos de cobertura de su familia, aplicamos un máximo de dos deducibles fuera del país de residencia por año póliza.

Para más detalle, por favor referirse a la Tabla de beneficios y las Provisiones de la Póliza.

## Para contactarnos

Línea de Ayuda al Cliente de Bupa

- Desde las 8:00 A.M. hasta las 5:00 P.M. (EST)
- Nuestro personal de servicio al cliente le ayudará con:
  - Cualquier duda relacionada con su póliza
  - Preguntas sobre su cobertura
  - Cambios a su cobertura
  - Actualización de sus datos personales

**Tel: (55) 5202-1701**

Fax: (55) 5202-2097

Correo electrónico: [servicioalcliente@bupalatinamerica.com](mailto:servicioalcliente@bupalatinamerica.com)

Página web: [www.bupa.com.mx](http://www.bupa.com.mx)

En caso de una emergencia médica fuera de las horas habituales de trabajo, por favor comuníquese con el personal de USA Medical Services a través de los siguientes medios:

**Tel: +1 (800) 235-3339**

Tel: + (305) 275-1500

Fax: +1 (305) 275-8555

Correo electrónico: [usamed@usamedicalservices.com](mailto:usamed@usamedicalservices.com)

### Dirección postal:

Bupa México, Compañía de Seguros, S.A. de C.V.

Blvd. Manuel Ávila Camacho No. 88 Piso 5

Col. Lomas de Chapultepec

México, D.F., C.P. 11000



## Condiciones Generales de la Póliza

### Sus beneficios

Contrato	7
Requisito de notificar a la Aseguradora	9
Tabla de beneficios	10
Gastos cubiertos por la Póliza	11
Administración	21
Exclusiones y Limitaciones	32
Definiciones	37

## CONTRATO

**Bupa México, Compañía de Seguros, S.A. de C. V.**, denominada en adelante "La Aseguradora", se obliga mediante el pago de la prima estipulada, a cubrir vía reembolso al Asegurado Principal o el pago directo a los prestadores de servicios, los gastos médicos en los que incurra el Asegurado Principal 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.

**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 30 (treinta) 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).

En caso de que el Asegurado titular y/o el Contratante desee cancelar esta póliza dentro de los 30 (treinta) días arriba indicados y la prima ya hubiere sido pagada, se le devolverá al Contratante el importe de la prima pagada más el impuesto respectivo, menos el costo administrativo de \$937.50 (novecientos treinta y siete pesos con 50 centavos) en moneda nacional 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 a la Aseguradora.

**Aviso Importante Sobre la Solicitud:** Esta póliza es emitida en base a los datos proporcionados en la solicitud. Si alguna información en la solicitud está incorrecta o incompleta, o alguna información ha sido omitida, la póliza puede ser rescindida.

**Elegibilidad:** Esta póliza solamente puede ser emitida a residentes del territorio de la República Mexicana con una edad mínima de dieciocho (18) años, excepto para dependientes elegibles, hasta un máximo de setenta y cuatro (74) años de edad. No hay edad máxima para renovación para Asegurados ya cubiertos bajo esta póliza.

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

La cobertura está disponible para los dependientes del Asegurado Principal, 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 24 (veinticuatro) años o se muda a otro país de residencia o cumple 24 (veinticuatro) años, o si un cónyuge dependiente deja de estar casado con el Asegurado Principal 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 la Aseguradora 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 la Aseguradora. 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.

## Requisito de notificar a la Aseguradora

El Asegurado deberá notificar a la Aseguradora o al Administrador de Reclamos de la misma, USA Medical Services, por lo menos setenta y dos (72) horas antes de recibir cualquier cuidado médico. El tratamiento de emergencia deberá ser notificado dentro de las setenta y dos (72) horas siguientes del inicio de dicho tratamiento. Lo anterior, salvo caso fortuito o fuerza mayor, debiendo notificarse tan pronto desaparezca el impedimento.

Si el Asegurado no notifica a la Aseguradora a través de USA MEDICAL SERVICES como se ha establecido previamente, la Aseguradora podrá reducir la prestación debida hasta la suma que habría importado si el aviso se hubiere dado oportunamente.

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>5202-1701</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 cobro:	<b>01 800 3 263339</b>
En los EE.UU.:	<b>+1 (305) 275-1500</b>
Sin cobro 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.: EL NÚMERO DE TELÉFONO SE ENCUENTRA EN SU TARJETA DE IDENTIDAD, O EN **www.bupa.com.mx**

## Tabla de beneficios

La cobertura máxima para todos los gastos médicos y hospitalarios cubiertos durante la vigencia de la póliza está sujeta a los términos y condiciones de esta póliza. A menos que se indique lo contrario, todos los beneficios son por Asegurado, por año póliza.

La póliza Bupa Secure Care proporciona cobertura únicamente dentro de la Red de Proveedores Bupa Secure. Ningún beneficio es pagadero por servicios prestados fuera de la Red de Proveedores Bupa Secure, excepto en los casos especificados bajo la cobertura de Tratamiento Médico de Emergencia.

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

Cobertura máxima por Asegurado, por año póliza	\$2 millones
--	--------------

Beneficios por hospitalización (por un máximo de 240 días)	Cobertura
Habitación (privada/semi-privada) y alimentación	100%
Unidad de cuidados intensivos	100%
Honorarios de cirujano y anestesista	100%
Servicios de diagnóstico (patología, radiografía, resonancia magnética, tomografía computarizada, tomografía por emisión de positrones, ultrasonido, endoscopia)	100%
Medicamentos recetados durante la hospitalización	100%
Tratamiento del cáncer (quimioterapia/radioterapia)	100%
Prótesis e implantes durante cirugía	100%
Cama para acompañante de menor de edad hospitalizado	\$100 por día (máximo \$1000 por admisión)

Beneficios para tratamiento ambulatorio	Cobertura
Visitas a médicos y especialistas	100%
Medicamentos por receta (después de una hospitalización o cirugía ambulatoria)	100% (por un máximo de 6 meses; después, un máximo de \$1,000 por año)
Medicamentos por receta ( sin hospitalización y sin cirugía ambulatoria)	\$5,000 (Por asegurado, por año póliza)
Tratamiento del cáncer (quimioterapia/radioterapia)	100%
Fisioterapia/rehabilitación (debe ser pre-aprobada)	100% (máximo de 60 sesiones por año)
Servicios de diagnóstico (patología, radiografía, resonancia magnética, tomografía computarizada, tomografía por emisión de positrones, ultrasonido, endoscopia)	100%
Diálisis	100%
Atención médica en el hogar (debe ser pre-aprobada)	\$300 por día (máximo de 90 días por año, por incidente)

Otros beneficios	Cobertura
Ambulancia aérea (debe ser pre-aprobada)	\$50,000
Ambulancia terrestre	100%
Cuidado de la Maternidad (incluye parto normal, complicaciones del parto, parto por cesárea y todo tratamiento pre- y post-natal) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Período de espera de 10 meses</li> <li>• No aplica deducible</li> <li>• Plan 2 y 3 solamente</li> </ul>	\$3,500 (por embarazo)
Cobertura provisional del recién nacido	\$15,000 (por un máximo de 90 días después del parto)

Condiciones congénitas y hereditarias diagnosticadas antes de los 18 años de edad.	\$300,000 (de por vida)
Condiciones congénitas y hereditarias diagnosticadas a los 18 años de edad o después	100%
Cobertura dental de emergencia	100%
Repatriación de restos mortales	\$10,000
Residencia/Cuidados Paliativos	100%

### Notas sobre los beneficios

Toda hospitalización y tratamiento que se lleve a cabo en un hospital debe realizarse en un hospital de la Red de Proveedores de Bupa Secure.

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.

Todos los costos están sujetos a lo usual, acostumbrado y razonable para el procedimiento y área geográfica.

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

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

## Gastos Cubiertos

1. **HONORARIOS DEL ANESTESISTA:** La cobertura de los honorarios del anestesista debe ser aprobada con anticipación por USA Medical Services y está limitada al menor de:
  - (a) Cien por ciento (100%) de los honorarios usuales, acostumbrados y razonables del anestesista; o
  - (b) 30% (treinta por ciento) de los gastos usuales, acostumbrados y razonables del cirujano principal para el procedimiento quirúrgico; o
  - (c) 30% (treinta por ciento) de los honorarios aprobados para el cirujano principal por el procedimiento quirúrgico; o
  - (d) Tarifas especiales establecidas por la Aseguradora para un área o país determinado.
  
2. **HONORARIOS DEL MÉDICO O CIRUJANO ASISTENTE:** Los honorarios del médico/cirujano asistente están cubiertos solamente cuando el médico/cirujano asistente es médicamente necesario para determinada operación, y cuando USA Medical Services los ha aprobado con anticipación. Los honorarios del médico/cirujano asistente están limitados al menor de:
  - (a) Cien por ciento (100%) de los honorarios usuales, acostumbrados y razonables para el procedimiento; o
  - (b) 20% (veinte por ciento) de los honorarios aprobados para el cirujano principal por este procedimiento; o
  - (c) Si más de un médico o cirujano asistente es necesario, la cobertura máxima de todos los médicos o cirujanos asistentes en conjunto no excederá el 20% (veinte por ciento) de los honorarios del cirujano principal para dicho procedimiento quirúrgico; o
  - (d) Tarifas especiales establecidas por la Aseguradora para un área o país determinado.
  
3. **RED DE PROVEEDORES BUPA SECURE:** La póliza Bupa Secure Care ofrece cobertura solamente dentro de la Red de Proveedores Bupa Secure, independientemente de si el tratamiento se lleva a cabo dentro o fuera del país de residencia del asegurado. No se proporciona cobertura fuera de la Red de Proveedores Bupa Secure, excepto para emergencias.
  - (a) La lista de hospitales y médicos en la Red de Proveedores Bupa Secure está disponible en USA Medical Services o en la pagina web [www.bupa.com.mx](http://www.bupa.com.mx), y esta sujeta a cambio sin previo aviso.
  - (b) Para asegurar que el proveedor de servicios médicos forme parte de la Red de Proveedores Bupa Secure, todo tratamiento, excepto emergencias, deberá ser coordinado por USA Medical Services.

- (c) En los casos en los que la Red de Proveedores Bupa Secure no esté especificada en el país de residencia del Asegurado, no existe restricción sobre los hospitales certificados que el Asegurado puede utilizar en su país de residencia.
4. **ACOMPAÑANTE DE UN MENOR DE EDAD HOSPITALIZADO:** Los gastos incurridos en el hospital por concepto de cama para acompañante de un niño hospitalizado menor de 18 años se pagarán hasta un máximo de cien dólares (\$100) por día, con un máximo de mil dólares (\$1,000) por hospitalización.
5. **CONDICIONES CONGÉNITAS Y HEREDITARIAS:** La cobertura para condiciones congénitas y hereditarias bajo esta póliza es como sigue:
- (a) El beneficio máximo para cobertura de condiciones que se manifiesten antes de que el Asegurado cumpla los dieciocho (18) años de edad es de trescientos mil dólares (\$300,000) por Asegurado, de por vida, incluyendo cualquier otro beneficio ya pagado bajo alguna otra póliza o anexo adicional de la Aseguradora, después de satisfacer el deducible correspondiente.
- (b) La cobertura para condiciones que se manifiesten en el Asegurado a los dieciocho (18) años de edad o después, será igual al límite máximo de esta póliza después de satisfacer el deducible correspondiente.
6. **DEDUCIBLE**
- (a) Un (1) deducible por Asegurado, por año póliza, hasta el máximo del deducible fuera del país de residencia.
- (b) Un máximo de dos (2) deducibles por póliza, por año póliza, hasta satisfacer un máximo de dos (2) deducibles fuera del país de residencia. Si el deducible dentro del país de residencia ha sido satisfecho y posteriormente se reciben servicios médicos 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.
7. **DIAGNÓSTICO:** Para que una condición sea considerada como una enfermedad o desorden cubierto bajo esta póliza, se necesitan copias de los resultados de laboratorio, radiografías, o cualquier otro reporte o resultado

de exámenes físicos en los que el médico se ha basado para hacer un diagnóstico positivo.

8. **TRATAMIENTO DENTAL DE EMERGENCIA:** Solamente tendrá cobertura bajo esta póliza el tratamiento dental de emergencia que resulte de un accidente cubierto y se lleve a cabo dentro de los noventa (90) días siguientes de dicho accidente.
  
9. **EVACUACIÓN 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 la aeronave usada, deberá contar con personal con entrenamiento médico y estar equipado para atender emergencias médicas.
  - (a) Transporte por ambulancia aérea:
    - (1) Todo transporte por ambulancia aérea debe ser coordinado y aprobado con anticipación por USA Medical Services.
    - (2) La cantidad máxima pagadera por este beneficio es de cincuenta mil dólares (\$50,000) por Asegurado, por año póliza.
    - (3) El Asegurado se compromete a mantener a la Aseguradora, a USA Medical Services, y a cualquier compañía afiliada con la Aseguradora o con USA Medical Services por medio de formas similares de propiedad o administración, libre de responsabilidad por cualesquier demoras o restricciones en los vuelos causados por problemas mecánicos, por restricciones gubernamentales, o por el piloto, o debido a condiciones operacionales, o cualquier negligencia que resulte de tales servicios.
  
10. **TRATAMIENTO MÉDICO DE EMERGENCIA:** La póliza Bupa Secure Care solamente cubre el tratamiento médico de emergencia fuera de la Red de Proveedores Bupa Secure cuando la vida o integridad física del Asegurado se encuentra en peligro inminente, y la emergencia ha sido notificada a USA Medical Services, tal como se indica en esta póliza. Todos los gastos médicos de un proveedor fuera de red relacionados con un tratamiento médico de emergencia serán cubiertos y pagados como si el Asegurado hubiese sido tratado en un hospital dentro de la red.

- 11. COBERTURA EXTENDIDA PARA DEPENDIENTES ELEGIBLES DEBIDO A LA MUERTE DEL ASEGURADO PRINCIPAL:** En caso de que fallezca el Asegurado Principal, la Aseguradora proporcionará cobertura continua a los dependientes sobrevivientes bajo esta póliza durante un (1) año sin costo alguno, si la causa de la muerte del Asegurado Principal se debe a una condición cubierta. Este beneficio aplica solamente a los dependientes cubiertos bajo la póliza existente y terminará automáticamente para el cónyuge/concubino(a) 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 extendida no aplica a ningún anexo de cobertura adicional.**
- 12. ATENCIÓN MÉDICA EN EL HOGAR:** Se cubrirá un período inicial de hasta treinta (30) días, hasta un máximo de trescientos dólares (\$300) por día, siempre y cuando sea aprobado con anticipación por USA Medical Services. Cualquier extensión en incrementos de hasta treinta (30) días también deberá ser aprobada con anticipación, o el reclamo será denegado. Este beneficio está limitado a un máximo de noventa (90) días, por incidente, por año póliza, hasta un máximo de trescientos dólares (\$300) por día. Para obtener cada aprobación, se requiere presentar evidencia actualizada de la necesidad médica y el plan de tratamiento.
- 13. CUIDADO DE LA MATERNIDAD (Excepto Plan Secure 4, 5 y 6):**
- (a) El beneficio máximo es de tres mil quinientos dólares (\$3,500) por cada embarazo, sin deducible, para la respectiva madre asegurada.
  - (b) Los tratamientos pre- y post-natal, parto normal, parto por cesárea, complicaciones de la maternidad y el cuidado del recién nacido saludable están incluidos dentro del beneficio máximo por embarazo estipulado en esta póliza.
  - (c) Este beneficio aplicará para embarazos cubiertos. Los embarazos cubiertos son aquéllos para los que la fecha de parto es por lo menos diez (10) meses después de la fecha efectiva de cobertura para la madre asegurada.
  - (d) No hay cobertura de maternidad bajo esta póliza para hijas dependientes de 18 años de edad o más. Para tener cobertura bajo este beneficio, la hija dependiente de 18 años o más deberá solicitar cobertura y ser aprobada bajo su propia póliza por separado.
  - (e) El período de espera de diez (10) meses para la cobertura de la maternidad aplica en toda ocasión, aun cuando el período de espera de sesenta (60) días para esta póliza haya sido eliminado.

Se ofrece la opción de un anexo de cobertura adicional para el recién nacido y las complicaciones de la maternidad. Sin embargo, este anexo no está disponible para los hijos dependientes.

14. **ESTADÍA MÁXIMA EN EL HOSPITAL:** La estadía máxima en un hospital por una enfermedad o lesión específica, o por cualquier tratamiento relacionado a dicha enfermedad o lesión, es de doscientos cuarenta (240) días durante los trescientos sesenta y cinco (365) días después de la primera admisión.

15. **COBERTURA DEL RECIÉN NACIDO:**

I. **Si nace de un Embarazo Cubierto:**

(a) **Cobertura provisional:** El recién nacido tendrá cobertura automática por cualquier lesión o enfermedad durante los primeros noventa (90) días de vida después del parto, hasta un máximo de quince mil dólares (\$15,000) sin deducible. **El cuidado para el recién nacido saludable** solamente está cubierto como se describe en la cobertura "Cuidado de la Maternidad" de esta póliza.

(b) **Cobertura permanente:** Para que un hijo nacido de un embarazo cubierto goce de cobertura permanente bajo esta póliza, deberá presentarse dentro de los primeros noventa (90) días después del parto una "Notificación de Nacimiento" que contenga el nombre completo del recién nacido, su sexo, talla y peso y la fecha de su nacimiento. La cobertura con el deducible correspondiente será entonces efectiva a partir de la fecha de nacimiento hasta el límite máximo de la póliza.

Si la notificación no es recibida durante los noventa (90) días después del parto, se requerirá una solicitud de seguro para incluir al recién nacido, la cual estará sujeta a evaluación de riesgo.

La inclusión del recién nacido en la póliza, queda sujeta a la obligación de pago de la prima correspondiente, en los términos de la cláusula 12 Pago de la Prima.

La cobertura del recién nacido por complicaciones del nacimiento está limitado al beneficio máximo descrito en el numeral 15 I(a).

II. **Si nace de un embarazo NO cubierto,** no gozará de la cobertura provisional. Para agregar al recién nacido a la póliza, se requiere la obligación de pago de la prima, en los términos de la cláusula 12 Pago de la prima y el envío de una solicitud de seguro, la cual estará sujeta a evaluación de riesgo por parte de la Aseguradora. Sin embargo, si el padre (asegurado) del recién nacido tiene por lo menos diez (10) meses de cobertura continua en esta póliza, el recién nacido podrá ser dado de alta sin evaluación de riesgo.

16. **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.)
17. **FISIOTERAPIA / SERVICIOS DE REHABILITACIÓN:** Se cubrirá un período inicial de hasta treinta (30) sesiones siempre y cuando sea aprobado por adelantado por USA Medical Services. Cualquier extensión de hasta treinta (30) sesiones también debe ser aprobada por adelantado o el reclamo será denegado. Este beneficio está limitado a un máximo de sesenta (60) sesiones por año. Se requiere presentar por adelantado la evidencia médica y el plan de tratamiento actualizado para obtener cada aprobación.
18. **SERVICIOS AMBULATORIOS:** Solamente se proporciona cobertura cuando el servicio es médicamente necesario.
19. **CONDICIONES PREEXISTENTES:** Las condiciones preexistentes se clasifican en dos (2) categorías:
- (a) Las que son declaradas al momento de llenar la solicitud de seguro:
    - i. Estarán cubiertas después del período de espera de sesenta (60) días cuando el Asegurado haya estado libre de síntomas, signos o tratamiento durante un período de cinco (5) años antes de la fecha efectiva de la póliza, a menos que estén excluidas específicamente en un endoso a la póliza.
    - ii. Estarán cubiertas después de dos (2) años de la fecha efectiva de la póliza, cuando el Asegurado presente síntomas, signos o tratamiento en cualquier momento durante un período de cinco (5) años antes de la fecha efectiva de la póliza, a menos que estén excluidas específicamente en un endoso a la póliza.
  - (b) Las que no son declaradas al momento de llenar la solicitud de seguro: Estas condiciones preexistentes NUNCA estarán cubiertas durante el tiempo en que la póliza se encuentre en vigor. Además, la Aseguradora se reserva el derecho de rescindir la póliza en base a la omisión de dicha información por parte del Asegurado.
20. **MEDICAMENTOS RECETADOS:** Los medicamentos por receta, prescritos para tratar una condición médica cubierta bajo la póliza estarán sujetos a lo siguiente:

- (a) Hospitalización:** Los medicamentos recetados durante la hospitalización, se cubrirán al 100%, en tanto que los prescritos después de una hospitalización o de una cirugía ambulatoria están cubiertos por un período máximo de seis (6) meses continuos después de la fecha en que el Asegurado ha sido dado de alta. Después de los seis (6) meses, el beneficio máximo para medicamentos prescritos mediante receta es de mil dólares (\$1,000) por Asegurado, por año póliza.
- (b) Sin hospitalización y sin cirugía ambulatoria:** Los medicamentos recetados que no son prescritos por derivar de una hospitalización o después de una cirugía ambulatoria, están limitados a un beneficio máximo de cinco mil dólares (\$5,000) por Asegurado, por año póliza.

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

- 21. REPATRIACIÓN DE RESTOS MORTALES:** En caso de que el Asegurado fallezca fuera de su país de residencia, la Aseguradora cubrirá hasta diez mil dólares (\$10,000) por la repatriación de los restos mortales al país de residencia del fallecido, siempre y cuando la muerte sea resultado de una condición cubierta bajo los términos de esta póliza. 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 deben ser coordinados conjuntamente con USA Medical Services.
- 22. SEGUNDA OPINIÓN QUIRÚRGICA REQUERIDA:** Si un cirujano ha recomendado que el Asegurado sea sometido a un procedimiento quirúrgico que no sea de emergencia, el Asegurado deberá notificar a USA Medical Services por lo menos setenta y dos (72) horas antes del procedimiento programado. Si la Aseguradora o USA Medical Services consideran que es necesaria una segunda opinión quirúrgica, ésta debe ser realizada por un médico seleccionado y convenido por USA Medical Services. Solamente estarán cubiertas las segundas opiniones quirúrgicas requeridas y coordinadas por USA Medical Services. En caso de que la segunda opinión quirúrgica contradiga o no confirme la necesidad de cirugía, la Aseguradora también cubrirá el costo de una tercera opinión quirúrgica de un médico seleccionado entre el Asegurado y USA Medical Services. Si la segunda o tercera opinión quirúrgica confirma la necesidad de cirugía, los beneficios por dicha cirugía serán pagados de acuerdo a lo establecido en esta póliza.

SI EL ASEGURADO NO OBTIENE UNA SEGUNDA OPINIÓN QUIRÚRGICA REQUERIDA, SERÁ RESPONSABLE POR EL TREINTA POR CIENTO (30%) DE TODOS LOS GASTOS CUBIERTOS DE MÉDICOS Y HOSPITALES RELACIONADOS CON EL RECLAMO, ADEMÁS DEL DEDUCIBLE.

- 23. TRATAMIENTOS ESPECIALES:** Prótesis, dispositivos ortóticos, equipos médicos durables, implantes, radioterapia, quimioterapia y medicamentos altamente especializados estarán cubiertos, pero deben ser aprobados y coordinados con anticipación por USA Medical Services. Los tratamientos especiales serán cubiertos por la Aseguradora o reembolsados al costo que hubiese incurrido la Aseguradora si los hubiera comprado a sus proveedores.
- 24. PERÍODO DE ESPERA:** Esta póliza tiene un período de espera de sesenta (60) días a partir de la fecha efectiva de la póliza. Sin embargo, este periodo de espera no aplica, tratándose de accidentes que, habiendo causado una lesión demostrable, hagan necesaria una hospitalización inmediata y enfermedades de origen infeccioso en las que después de una evaluación médica se compruebe que la vida del asegurado está en peligro y/o que se cause un daño permanente a un órgano vital, por acuerdo mutuo entre el médico tratante y el consultor médico de la Aseguradora.
- 25. ELIMINACIÓN DEL PERÍODO DE ESPERA:** La Aseguradora eliminará el período de espera solamente si:
- (a) El Asegurado tuvo cobertura continua bajo un seguro de gastos médicos de otra compañía durante por lo menos un (1) año; y
  - (b) La fecha efectiva de la póliza se encuentra dentro de los sesenta (60) días después de que ha expirado la cobertura anterior; y
  - (c) El Asegurado ha informado sobre la cobertura anterior en la solicitud de seguro; y
  - (d) La Aseguradora recibe la póliza anterior y copia del recibo de pago de la prima del último año de cobertura, junto con la solicitud de seguro.

Si se elimina el período de espera, los beneficios pagaderos por cualquier condición que se manifieste durante los primeros sesenta (60) días de cobertura, están limitados al menor de los beneficios cubiertos bajo esta póliza o la póliza anterior, mientras esta póliza esté en vigencia.

## Administration

1. **AUTORIDAD:** Ningún Agente tiene facultad para hacer modificaciones o concesiones a la póliza. Después de que la póliza ha sido emitida, 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.
2. **CAMBIO DE PRODUCTO O PLAN:** El Asegurado Principal puede solicitar un cambio de producto o 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. Durante los sesenta (60) días siguientes a la fecha efectiva del cambio, los beneficios pagaderos por cualquier enfermedad o lesión que no haya sido causada por un accidente o enfermedad de origen infecciosa, estarán limitados al menor de los beneficios cubiertos por el nuevo plan o el plan anterior. Durante los doce (12) meses siguientes a la fecha efectiva del cambio, los beneficios de maternidad, del recién nacido, de desórdenes congénitos y de trasplante, estarán limitados al menor de los beneficios cubiertos por el nuevo plan o el plan anterior.
3. **CAMBIO DE PAÍS DE RESIDENCIA:** El Asegurado Principal debe notificar por escrito a la Aseguradora, cualquier cambio de su país de residencia, tanto de él como de cualquier Asegurado incluido en la póliza, dentro de los primeros treinta (30) días del cambio. La Aseguradora 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 la Aseguradora de cualquier cambio de país de residencia de los Asegurados, facultará a la Aseguradora para considerar rescindida la póliza a partir de la fecha en que el aviso debió darse.

Si un Asegurado permanece en EE.UU. 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 condición estará limitada a la Red de Proveedores de la Aseguradora hasta la fecha de la próxima renovación de la póliza, en que la cobertura bajo dicha póliza terminará automáticamente.

4. **APELACIÓN DE RECLAMOS:** Sin perjuicio de lo señalado en la cláusula de competencia, en caso de un desacuerdo entre el Asegurado y la Aseguradora sobre esta póliza de seguro y/o sus coberturas, el Asegurado puede solicitar

una revisión del caso por el "Comité de Apelaciones de Bupa México, Compañía de Seguros S.A. de C.V." 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 México, Compañía de Seguros S.A. de C.V., 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 la Aseguradora, en caso de ser aceptadas por el Asegurado. Dicho recurso no tiene costo alguno para el Asegurado.

5. **ARBITRAJE MEDICO:** En caso de que la Aseguradora declare la improcedencia de una reclamación por preexistencia, el reclamante podrá optar en acudir ante un arbitraje médico. La Aseguradora acepta que si el reclamante acude a esta instancia, se somete a comparecer ante este árbitro 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. El laudo que emita vinculará las partes y tendrá fuerza de cosa juzgada entre ellas. Este procedimiento no tendrá costo alguno para el reclamante y en caso de existir será liquidado por la Aseguradora.

6. **COMPETENCIA:** En caso de controversia, el quejoso podrá acudir a la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones con que la Aseguradora cuenta o acudir, a su elección, a cualquiera de las delegaciones de la Comisión Nacional para Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros. Si ese Organismo no es designado árbitro, será competente el Juez del domicilio de dicha delegación.
7. **COMIENZO Y TERMINACIÓN DE LA COBERTURA:** Sujeto a los gastos cubiertos de esta póliza, los beneficios comienzan en la fecha efectiva de la

póliza y no en la fecha en que se solicitó la cobertura. La cobertura comienza a la 00:01 y termina a las 24:00 horas, hora de México:

- (a) En la fecha de expiración de la póliza; o
- (b) Por falta de pago de la prima;
- (c) A solicitud por escrito del Asegurado Principal para terminar su cobertura; o
- (d) A solicitud por escrito del Asegurado Principal para terminar la cobertura para algún dependiente

**8. MONEDA:** Este seguro se contratará en moneda nacional.

Los pagos y liquidaciones que las partes deban realizar, se efectuarán en moneda nacional conforme a la Ley Monetaria vigente en la fecha de pago. Los gastos cubiertos que se originen en el extranjero, se pagaran 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 época 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.

**9. INTERÉS MORATORIO:** En caso de que la Aseguradora, 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 (setenta y uno) 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 (ciento treinta y cinco) 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.

Artículo 135 Bis de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros:

"Si la empresa de seguros no cumple con las obligaciones asumidas en el contrato de seguro al hacerse exigibles legalmente, deberá pagar al acreedor una indemnización por mora de acuerdo con lo siguiente:

- I. Las obligaciones en moneda nacional se denominarán en Unidades de Inversión, al valor de éstas en la fecha de su exigibilidad legal y su pago se hará en moneda nacional al valor que las Unidades de Inversión tengan a la fecha en que se efectúe el mismo. Además, la empresa de seguros pagará un interés moratorio sobre la obligación denominada en Unidades de Inversión conforme a lo dispuesto en el párrafo anterior, cuya tasa será igual al resultado de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en Unidades de Inversión de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora;
- II.- Cuando la obligación principal se denomine en moneda extranjera, adicionalmente al pago de esa obligación, la empresa de seguros estará obligada a pagar un interés moratorio que se calculará aplicando al monto de la propia obligación, el porcentaje que resulte de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en dólares de los Estados Unidos de América, de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora;
- III.- En caso de que no se publiquen las tasas de referencia para el cálculo del interés moratorio a que aluden las fracciones I y II de este artículo, el mismo se computará multiplicando por 1.25 la tasa que las sustituya, conforme a las disposiciones aplicables;
- IV.- En todos los casos, los intereses moratorios se generarán por día, desde aquél en que se haga exigible legalmente la obligación principal y hasta el día inmediato anterior a aquél en que se efectúe el pago. Para su cálculo, las tasas de referencia deberán dividirse entre trescientos sesenta y cinco y multiplicar el resultado por el número de días correspondientes a los meses en que persista el incumplimiento;
- V.- En caso de reparación o reposición del objeto siniestrado, la indemnización por mora consistirá en el pago del interés correspondiente a la moneda en que se haya denominado la obligación principal conforme a las fracciones I y II de este artículo y se calculará sobre el importe del costo de la reparación o reposición;
- VI.- Son irrenunciables los derechos del acreedor a las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo. El pacto que pretenda extinguirlos o reducirlos no surtirá efecto legal alguno. Estos derechos surgirán por el solo transcurso del plazo establecido por la Ley para la exigibilidad de la obligación principal, aunque ésta no sea líquida en ese momento.

Una vez fijado el monto de la obligación principal conforme a lo pactado por las partes o en la resolución definitiva dictada en juicio ante el juez o árbitro, las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo deberán ser cubiertas por la empresa de seguros sobre el monto de la obligación principal así determinado;

- VII.- Si en el juicio respectivo resulta procedente la reclamación, aun cuando no se hubiere demandado el pago de las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo, el juez o árbitro además de la obligación principal, deberá condenar al deudor a que también cubra esas prestaciones conforme a las fracciones precedentes, y
- VIII.- Si la empresa de seguros, dentro de los plazos y términos legales, no cumple con las obligaciones asumidas en el contrato de seguro, la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas le impondrá una multa de mil a diez mil días de salario, y en caso de reincidencia se le revocará la autorización correspondiente”.

**10. OBLIGATORIEDAD DE COOPERAR:** El Asegurado debe proporcionar a la Aseguradora todos los resúmenes clínicos y reportes médicos y, cuando así lo solicite la Aseguradora, firmará todos los formularios de autorización necesarios para que la Aseguradora obtenga tales resúmenes clínicos y reportes médicos. El no cooperar con la Aseguradora, o el no autorizar el acceso de la Aseguradora a los resúmenes clínicos y reportes médicos, con el fin de hacerla incurrir en error, puede ser causa para que las obligaciones de la Aseguradora queden extinguidas.

**11. PRUEBA DEL CONTRATO:** Forman parte de este contrato y constituyen prueba de su celebración, las condiciones generales, la Solicitud del Seguro, la Carátula, las declaraciones de salud, los endosos, anexos y/o condiciones especiales.

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.

**12. PAGO DE LA PRIMA:** El contratante del seguro se obliga a pagar la prima del seguro, la cual se calcula según la edad del Asegurado y es determinada por la Aseguradora 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. La Aseguradora 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 la Aseguradora 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 pago de primas son enviados como una cortesía, y la Aseguradora no garantiza la entrega de los mismos. Si el Asegurado 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, el Asegurado deberá comunicarse con su agente o directamente con la Aseguradora.

El pago de la prima a tiempo es responsabilidad del Contratante y/o del Asegurado Titular. 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 12 horas del último día de ese plazo.

En caso de fallecimiento del Asegurado Principal de la póliza, la Aseguradora eximirá el pago de prima por un período de un (1) año contado a partir de la próxima fecha de vencimiento de la misma, a los dependientes que se encuentren asegurados bajo la póliza de acuerdo a lo indicado en el punto 11 de Gastos Cubiertos por la Póliza.

13. **INFORMACIÓN SOBRE COMISIONES A INTERMEDIARIOS:** Durante la vigencia de la póliza, el contratante podrá solicitar por escrito a la Aseguradora 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. La Aseguradora proporcionará dicha información, por escrito o por medios electrónicos, en un plazo que no excederá de 10 (diez) días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la solicitud.
14. **PAGO DE RECLAMACIONES:** La Aseguradora tiene como política efectuar pagos directos a médicos y hospitales certificados en todo el mundo. Cuando esto no sea posible, la Aseguradora reembolsará al Asegurado Principal la cantidad menor entre la tarifa contractual acordada entre el proveedor y la Aseguradora 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 Principal fallezca, la Aseguradora pagará cualquier beneficio pendiente de pago 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 Principal.

15. **PRUEBA DE RECLAMO:** El Asegurado deberá someter prueba escrita del reclamo consistente en las facturas originales detalladas, resúmenes clínicos, y el formulario de reclamo debidamente llenado y firmado, los cuales deben ser enviados al domicilio de la Aseguradora. Se requiere completar un formulario de reclamo por siniestro para todos los reclamos presentados. Los formularios de reclamo son proporcionados junto con la póliza; también pueden obtenerse 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 Principal confirmando que dichos hijos dependientes son solteros.
16. **EXÁMENES FÍSICOS:** Durante el proceso de un reclamo, la Aseguradora 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 los gastos a cargo de la Aseguradora.
17. **PRESCRIPCIÓN:** Todas las acciones que se deriven de este Contrato de Seguro prescribirán en 2 (dos) años, contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen en los términos del artículo 81 (ochenta y uno) de la Ley sobre el Contrato de Seguro, salvo los casos de excepción consignados en el artículo 82 (ochenta y dos) 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 (sesenta y ocho) 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 la Aseguradora.

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”.

- 18. RENOVACIÓN:** Al finalizar el Período de Seguro estipulado en este Contrato, se entenderá como renovada la póliza por un nuevo período de igual duración. Las condiciones generales aplicables, serán las que rijan en la fecha de renovación y que están registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas. En tanto que, el incremento en la prima que se efectuará para cada renovación será el que resulte, conforme a las bases técnicas registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas. En cada renovación la prima que deberá pagarse en términos del numeral 12, se aplicará de acuerdo a la edad del Asegurado y coberturas correspondientes.

El pago de la prima acreditado en el recibo extendido en las formas usuales de la Aseguradora, se tendrá como prueba suficiente de tal renovación.

En caso que la Aseguradora suspenda la operación de este Plan, ofrecerá al contratante alguno similar de los que tenga operando, eliminando los periodos de espera que correspondan de acuerdo a la antigüedad de esta póliza y amparando los padecimientos que estuvieren en curso sin considerarlos preexistentes y de acuerdo a las condiciones generales establecidas.

- 19. 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, la Aseguradora devolverá el 65% de la prima neta correspondiente al tiempo no transcurrido de la vigencia de la póliza sin incluir derechos de póliza ni costo de Usa Med, 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 a la Aseguradora.

El Contratante y/o el Asegurado Principal 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 la Aseguradora.

La omisión o inexacta declaración de los hechos importantes a que se refiere el párrafo anterior, facultará a la Aseguradora 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 (ocho), 9 (nueve), 10 (diez) y 47 (cuarenta y siete) 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 la Aseguradora 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, terminará al mismo tiempo el derecho de indemnización. Sin embargo, las consecuencias de enfermedades, accidentes 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.

- 20. INFORMACION NECESARIA PARA LA ASEGURADORA:** El contratante y/o el asegurado estarán obligados a comunicarle por escrito a la Aseguradora cualquier cambio de nombre o domicilio, así como cualquier cambio en la cobertura de seguro médico con otra compañía. Asimismo, deberá notificarse

la defunción del Asegurado Principal o de cualquier otro asegurado. La Aseguradora no será responsable de las consecuencias, en caso de que el Asegurado Principal y/o los asegurados hayan omitido notificarle tales sucesos.

El Asegurado también estará obligado a proveerle a la Aseguradora todas las informaciones disponibles y necesarias para la tramitación, por parte de la Aseguradora, de las reclamaciones presentadas por el Asegurado. La presentación de una reclamación fraudulenta facultará a la Aseguradora a rescindir la póliza sin necesidad de declaración judicial.

Asimismo, la Aseguradora se reservará el derecho de obtener información sobre el estado de salud del Asegurado y de dirigirse a cualquier hospital, médico, etc., que atienda o haya atendido al Asegurado por enfermedades o trastornos físicos o psíquicos. La Aseguradora, además, se reservará el derecho de obtener cualquier historial médico u otros reportes e informes escritos sobre el estado de salud del Asegurado.

- 21. SUBROGACIÓN:** La Aseguradora 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 la Aseguradora para conseguir la recuperación del daño, el incumplimiento de esta obligación facultará a la Aseguradora a considerar rescindido de pleno derecho el 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.

## Exclusiones y Limitaciones

1. Esta póliza no proporciona cobertura o beneficios en ninguno de los siguientes casos:
2. 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 se encuentre bajo los cuidados de un médico, doctor o profesional no calificado y que no pertenezca a la red de prestadores de servicios; 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.
3. Cualquier cuidado o tratamiento, estando el Asegurado en su sano juicio o no, debido a enfermedades o lesiones auto infligidas, suicidio, suicidio fallido, u ocasionado por culpa grave del Asegurado por el uso o abuso de alcohol, uso o abuso de drogas no prescritas médicamente, uso de sustancias ilegales, o el uso ilegal de sustancias controladas. Esto incluye cualquier accidente resultante de cualquiera de los estados anteriores.
4. Exámenes de rutina de ojos y oídos, dispositivos para la audición, anteojos, lentes de contacto, queratotomía radial y/o cualquier otro procedimiento para corregir desórdenes de refracción visual.
5. 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.

6. Tratamiento quiropráctico u homeopático, acupuntura o cualquier tipo de medicina alternativa.
7. Cualquier enfermedad o lesión que no haya sido causada por un accidente, o enfermedad de origen infeccioso que se haya manifestado por primera vez dentro de los primeros sesenta (60) días desde la fecha efectiva de la póliza.
8. Cirugía electiva o cosmética, o tratamiento médico cuyo propósito principal es el embellecimiento, a menos que sea necesario debido a una lesión, deformidad, o enfermedad ocurrida por primera vez estando el Asegurado cubierto bajo esta póliza. Esto también incluye cualquier tratamiento quirúrgico de deformidades nasales o del tabique nasal, que no haya sido causado por trauma.
9. Cualquier gasto relacionado con condiciones preexistentes, excepto como se definen y estipulan en esta póliza.
10. Cualquier tratamiento, servicio o suministro que no esté científica o médicamente reconocido para el tratamiento indicado, o que sea considerado experimental y/o no aprobado para uso general de acuerdo a las disposiciones marcadas por la Secretaría de Salud de la República Mexicana (SS) y por la Administración de Drogas y Alimentos de los Estados Unidos de América (FDA).
11. Tratamiento en cualquier institución gubernamental, cuando el Asegurado es derechohabiente de la misma, o de cualquier establecimiento de caridad, beneficencia pública o asistencia social o cualquier otra semejante, en donde no se exige remuneración.
12. Procedimientos de diagnóstico o tratamiento psiquiátrico, a menos que sean resultantes 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.

13. Cualquier porción de cualquier gasto que exceda lo usual, acostumbrado y razonable por el servicio o suministro para el área geográfica en particular o nivel apropiado del tratamiento que se ha recibido.
14. Cualquier gasto por esterilización masculina o femenina, reversión de una esterilización, cambio o transformación de sexo, control de la natalidad, infertilidad, inseminación artificial, disfunción o inadecuación sexual, desórdenes relacionados con el Virus del Papiloma Humano (VPH) y/o enfermedades transmitidas sexualmente.
15. El tratamiento o servicio por cualquier condición médica, mental o dental relacionada con, o que resulte como complicación de aquellos servicios médicos, mentales o dentales, u otras condiciones específicamente excluidas por un endoso, o no cubiertas bajo esta póliza.
16. Cualquier gasto, servicio, o tratamiento por obesidad, control de peso, o cualquier forma de suplemento alimenticio.
17. Cuidado podiátrico para tratar desórdenes funcionales de las estructuras de los pies, incluyendo, pero no limitado a, callos, callosidades, juanetes, verrugas plantares, fascitis 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.
18. Tratamiento por 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.

19. Todo tratamiento a una madre o un recién nacido relacionado con un embarazo no cubierto.
20. La terminación voluntaria del embarazo, a menos que la vida de la madre se encuentre en peligro inminente.
21. Cualquier condición o enfermedad congénita o hereditaria, excepto como ha sido estipulado bajo las coberturas de esta póliza.
22. Cualquier tratamiento o servicio dental no relacionado con un accidente cubierto, o después de noventa (90) días de la fecha de un accidente cubierto.
23. Tratamiento de lesiones que se produzcan, mientras el Asegurado se encuentra en servicio de una unidad militar o de la policía o durante la participación en una guerra, motín, rebelión o cualquier acto de insurrección civil o militar o las sufridas en prisión. Asimismo, se excluyen tratamientos de lesiones que se produzcan en actos delictivos intencionales en los que participe directamente el Asegurado o las derivadas de riñas en las que el Asegurado haya sido el provocador.
24. Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) o enfermedades relacionadas con el SIDA o con la prueba positiva de VIH.
25. La admisión electiva en un hospital por más de veintitrés (23) horas antes de una cirugía programada, excepto cuando sea aprobada por escrito por la Aseguradora.
26. Tratamientos del maxilar superior, de la mandíbula, o desórdenes de la articulación de la mandíbula, incluyendo, pero no limitado a, anomalías de la mandíbula, malformaciones, síndrome de la articulación temporo-mandibular, desórdenes cráneo-mandibulares, u otras condiciones de la mandíbula

o la articulación de la mandíbula, que conecta el hueso de la mandíbula y el cráneo con el complejo de músculos, nervios y otros tejidos relacionados con esa articulación.

27. Tratamiento que haya sido realizado por el cónyuge, los padres, hermanos, o hijos de cualquier Asegurado bajo esta póliza.
28. Medicamentos de venta libre o medicamentos que pueden obtenerse sin receta o medicamentos que no fueron recetados.
29. Equipo de riñón artificial personal para uso residencial, excepto cuando sea aprobado por escrito por la Aseguradora.
30. Almacenamiento de médula ósea, célula madre, sangre de cordón umbilical, u otro tipo de tejido o célula, excepto como está estipulado bajo las coberturas 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.
31. Lesiones o enfermedades causadas por, o relacionadas con, radiación ionizada, polución o contaminación, radioactividad proveniente de cualquier material nuclear, desecho nuclear, o la quema de combustible nuclear o artefactos nucleares.
32. Tratamiento por cualquier lesión que resulte de participar en cualquier deporte o actividad peligrosa, ya sea por compensación o como profesional.

**33. Cualquier tratamiento relacionado con procedimientos de trasplante, incluyendo, pero no limitado a, el trasplante de órganos humanos, animales o artificiales.**

## Definiciones

1. **ACCIDENTE:** Un trauma o lesión imprevista y fortuita que ocurre sin la intención del Asegurado, el cual implica un impacto externo y súbito en el cuerpo.
2. **DAÑO CORPORAL ACCIDENTAL:** Daño infligido al cuerpo que ha sido ocasionado por una causa externa, súbita e imprevista.
3. **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.
4. **ENDOSO:** Documento agregado a la póliza por la Aseguradora y que forma parte de la misma, que aclara, explica, o modifica sus Condiciones Generales. Lo estipulado en un endoso siempre prevalecerá sobre las Condiciones Generales en todo aquello que se contraponga.
5. **ENFERMEDAD DE ORIGEN INFECCIOSO:** Una condición anormal del organismo, cuya única causa es la presencia de un microorganismo con capacidad de producir infección en órganos o tejidos saludables, que ponga en peligro la vida del Asegurado y/o que cause un daño permanente a un órgano vital. La existencia de dicha condición será determinada de común acuerdo entre el médico tratante y el médico consultante de la Compañía, después de revisar las notas de evaluación inicial, y los resúmenes clínicos de la sala de emergencias y de la hospitalización.
6. **HONORARIOS DE ANESTESISTA:** Cargos de un anestesista por la administración de anestesia durante la realización de un procedimiento quirúrgico o por servicios médicamente necesarios para controlar el dolor.
7. **FECHA DE ANIVERSARIO:** Ocurrencia anual de la fecha de efectividad de la póliza.
8. **SOLICITANTE:** La persona que firma la solicitud de seguro para obtener cobertura.
9. **SOLICITUD:** Declaración escrita en un formulario por el Solicitante con información sobre sí mismo y sus dependientes, usada por la Aseguradora

para determinar la aceptación o denegación del riesgo. La Solicitud de Seguro incluye cualquier declaración verbal hecha por el solicitante durante una entrevista médica hecha por la Compañía, historial médico, cuestionarios, y otros documentos proporcionados a, o solicitados por, la Aseguradora antes de la emisión de la póliza.

10. **HONORARIOS DEL MÉDICO/CIRUJANO ASISTENTE:** Cargos del médico o cirujano que ayudan al cirujano principal en la realización de un procedimiento quirúrgico.
11. **RED DE PROVEEDORES BUPA SECURE:** Grupo de médicos y hospitales aprobados y contratados para tratar a Asegurados en nombre de la Aseguradora. La lista de hospitales y médicos en la Red de Proveedores Bupa Secure está disponible en USA Medical Services o en la página web, [www.bupa.com.mx](http://www.bupa.com.mx), y está sujeta a cambio sin previo aviso.
12. **AÑO CALENDARIO:** Del 1ero de enero al 31o de diciembre del mismo año.
13. **CARÁTULA:** Documento que forma parte de la póliza, que especifica la fecha efectiva, las condiciones, la extensión y cualquier limitación de la cobertura, y enumera a todas las personas cubiertas.
14. **COMPLICACIONES DEL PARTO:** Cualquier desorden del recién nacido relacionado con el parto, pero no causado por factores genéticos, 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.
15. **COMPLICACIONES DE LA MATERNIDAD:** Curso anormal del embarazo y puerperio que impide que la madre pueda tener un parto natural bajo cuidado médico regular. Para propósitos de esta póliza, una cesárea electiva, o una cesárea después de una cesárea no son consideradas una complicación de la maternidad.
16. **CONDICIONES O ENFERMEDADES CONGÉNITAS O HEREDITARIAS:** Cualquier condición o enfermedad existente antes del nacimiento, independientemente de la causa, y de si se manifestó o fue diagnosticada al momento del nacimiento, después del nacimiento o años después.

17. **PAÍS DE RESIDENCIA:** El país:
  - (1) Donde el Asegurado reside la mayor parte del año calendario o del año póliza; o
  - (2) Donde el Asegurado ha residido por más de ciento ochenta (180) días continuos durante cualquier período de trescientos sesenta y cinco (365) días mientras la póliza está en vigor.
18. **EMBARAZO CUBIERTO:** Los embarazos cubiertos son aquéllos en que la fecha actual del parto es por lo menos diez (10) meses posterior a la fecha de cobertura para la madre Asegurada.
19. **CUIDADOS PERSONALES:** Cuidados de ayuda con las actividades de la vida diaria que pueden ser proporcionadas por personal sin entrenamiento médico o de enfermería (por ejemplo, bañarse, vestirse, asearse, alimentarse, ir al baño, etc.)
20. **DEDUCIBLE:** La cantidad de los gastos cubiertos que debe ser pagada por el Asegurado antes de que los beneficios de la póliza sean pagaderos. Los gastos incurridos en el país de residencia están sujetos al deducible en el país de residencia. Los gastos incurridos fuera del país de residencia están sujetos al deducible fuera del país de residencia.
21. **CENTRO MÉDICO DE DIAGNÓSTICO:** Instalación médica debidamente autorizada para realizar exámenes y servicios de diagnóstico.
22. **SERVICIOS DE DIAGNÓSTICO:** Servicios y pruebas de laboratorio médicamente necesarios usados para diagnosticar o tratar condiciones médicas, incluyendo patología, radiografía, ultrasonido, resonancia magnética, tomografías computarizadas y tomografía por emisión de positrones.
23. **FECHA DE VENCIMIENTO:** La fecha en que la prima vence y debe pagarse.
24. **FECHA EFECTIVA:** Fecha en que comienza la cobertura bajo la póliza, tal como aparece en la carátula de la póliza.
25. **EMERGENCIA:** Condición médica 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.

26. **TRATAMIENTO DENTAL DE EMERGENCIA:** Tratamiento necesario para restaurar o reemplazar los dientes naturales que han sido dañados o perdidos en un accidente cubierto.
27. **TRATAMIENTO DE EMERGENCIA:** Atención o servicios médicamente necesarios debido a una emergencia.
28. **PERÍODO DE GRACIA:** El período de tiempo de treinta (30) días después de la fecha de vencimiento de la prima, durante el cual la Aseguradora permitirá que la póliza sea pagada.
29. **TRANSPORTE POR AMBULANCIA TERRESTRE:** Transporte de emergencia hacia un hospital por ambulancia terrestre.
30. **ACTIVIDADES PELIGROSAS:** Cualquier actividad que expone al participante a cualquier daño o peligro previsible. Algunos ejemplos de actividades peligrosas incluyen, mas no se limitan a deportes de aviación, descenso de ríos (rafting) o canotaje en rápidos en exceso de grado 5, pruebas de velocidad, buceo a profundidades de más de treinta (30) metros, puentismo (bungee jumping), la participación en cualquier deporte extremo, o la participación en cualquier deporte por compensación o como profesional.
31. **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 calificados y autorizados (por ejemplo, enfermeras, terapeutas, etc.) fuera del hospital, y no incluyen los Cuidados Personales.
32. **HOSPITAL:** Cualquier institución legalmente autorizada como centro médico o quirúrgico en el país donde opera, y que: a) está primordialmente dedicada a proporcionar instalaciones para diagnósticos clínicos y quirúrgicos, y el tratamiento y cuidado de personas lesionadas o enfermas por o bajo la supervisión de un equipo de médicos; y b) no es un lugar de reposo, un lugar para ancianos, un hogar de convalecientes, una institución o una instalación para cuidados por largo plazo.

33. **SERVICIOS HOSPITALARIOS:** 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. El(la) enfermero(a) privado(a) y la sustitución de una habitación privada estándar por una suite o júnior suite no se consideran Servicios Hospitalarios.
34. **ENFERMEDAD:** Condición anormal del cuerpo humano, manifestada por signos, síntomas y/o hallazgos anormales en los exámenes médicos, que hacen esta condición diferente del estado normal del organismo.
35. **LESIÓN:** Daño causado al organismo por una causa externa.
36. **HOSPITALIZACIÓN:** Ingreso del Asegurado a una instalación hospitalaria por más de veintitrés (23) horas 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.
37. **ASEGURADO:** La persona para quien se ha completado una solicitud de seguro, pagado la prima, y para quien la cobertura ha sido aprobada e iniciada por la Aseguradora. El término "Asegurado" incluye al Asegurado Principal y todos los dependientes cubiertos bajo esta póliza.
38. **MÉDICAMENTE NECESARIO:** El tratamiento, servicio o suministro médico que es determinado por USA Medical Services como necesario y apropiado para el diagnóstico y/o tratamiento de una enfermedad o lesión. El tratamiento, servicio o suministro médico no será considerado médicamente necesario si:
- (a) Es proporcionado solamente como una conveniencia para el Asegurado, la familia del Asegurado o el proveedor del servicio (por ejemplo, enfermero(a) privado(a), sustitución de una habitación privada estándar por una suite o júnior suite); o
  - (b) No es apropiado para el diagnóstico o tratamiento del Asegurado; o
  - (c) Excede el nivel de cuidados necesarios para proporcionar un diagnóstico o tratamiento adecuado; o
  - (d) Caer fuera del alcance de la práctica estándar establecida por las instituciones profesionales correspondientes (Colegio de Médicos, Fisioterapeutas, Enfermeros, etc.).

39. **RECIÉN NACIDO:** Un infante desde el momento del nacimiento hasta que cumple treinta y un (31) días de vida.
40. **ENFERMERO(A):** Profesional legalmente autorizado para prestar cuidados de enfermería en el país donde se ofrece el tratamiento.)
41. **SERVICIOS AMBULATORIOS:** Tratamientos o servicios médicos proporcionados u ordenados por un médico que no requiere 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.
42. **MÉDICO O DOCTOR:** Profesional debidamente autorizado para practicar la medicina en el país donde se proporciona el tratamiento y 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.
43. **ASEGURADO PRINCIPAL:** El Solicitante nombrado en la Solicitud de Seguro. Esta persona está facultada para recibir el reembolso de gastos médicos cubiertos y la devolución de cualquier prima no devengada.
44. **AÑO PÓLIZA:** El período de doce (12) meses consecutivos que comienza en la fecha de efectividad de la póliza, y cualquier período subsiguiente de doce (12) meses.
45. **CONDICIÓN PREEXISTENTE:** Son aquellos padecimientos por los que previamente a la celebración del contrato, se haya declarado la existencia de dicho padecimiento y/o enfermedad, o; que se compruebe mediante la existencia de un resumen clínico donde se haya elaborado un diagnóstico por un médico legalmente autorizado, o bien, mediante pruebas de laboratorio o gabinete, o por cualquier otro medio reconocido de diagnóstico.

Cuando la Aseguradora cuente con pruebas documentales de que el Asegurado haya hecho gastos para recibir un diagnóstico de la enfermedad o padecimiento de que se trate, podrá solicitar al Asegurado el resultado del diagnóstico correspondiente, o en su caso el resumen clínico, para resolver la procedencia de la reclamación. También se consideran preexistentes aquellos padecimientos por los que previamente a la celebración del contrato, el

Asegurado haya hecho gastos, comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento médico de la enfermedad y/o padecimiento de que se trate.

La Aseguradora podrá requerir al solicitante que se someta a un examen médico. Al asegurado que se haya sometido al examen médico a que se refiere el párrafo anterior, no podrá aplicársele la cláusula de preexistencia respecto de enfermedad y/o padecimiento alguno relativo al tipo de examen que se le haya aplicado, que no hubiese sido diagnosticado en el citado examen médico.

46. **MEDICAMENTOS RECETADOS:** Medicamentos cuya venta y uso están legalmente limitados a la orden de un médico.
47. **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 seria, o para tratamiento del dolor, para alcanzar y mantener normal su función física, sensorial e intelectual. Estos Servicios pueden incluir: cuidado médico, terapia física, terapia ocupacional, y otros.
48. **FECHA DE RENOVACIÓN:** El primer día del siguiente año póliza. La renovación ocurre solamente en la fecha de aniversario de la póliza.
49. **ANEXO:** Un documento añadido a la póliza por la Aseguradora que agrega y detalla una cobertura opcional.
50. **SEGUNDA OPINIÓN QUIRÚRGICA:** La opinión de un médico distinto del que está atendiendo actualmente al Asegurado.
51. **PROCEDIMIENTO DE TRASPLANTE:** Procedimiento durante el cual un órgano, célula o tejido es implantado de una parte a otra, o de un individuo a otro de la misma especie, o cuando un órgano, célula (por ejemplo, célula madre, médula ósea, etc.), o tejido se remueve y luego se implanta de nuevo en la misma persona.
52. **USUAL, ACOSTUMBRADO Y RAZONABLE:** Es el costo máximo que la Aseguradora pagará por todos los gastos médicos que se generen por un tratamiento médico, tales como: honorarios médicos y quirúrgicos,

hospitalarios o aquellos derivados de cualesquier otro tipo de gasto cubierto por la póliza, el cual será determinado de acuerdo con los tabuladores que la Aseguradora tiene pactados con su Red de Proveedores Bupa Secure, de acuerdo al área geográfica donde se realice el tratamiento.

- 53. **CUIDADO DEL RECIÉN NACIDO SALUDABLE:** Es el cuidado médico de rutina que se proporciona a un recién nacido saludable.
- 54. **TABLA DE BENEFICIOS:** Cantidades máximas de los gastos médicos cubiertos, que serán pagados una vez que superen el deducible anual aplicable, detallados en la carátula y condiciones generales de la Póliza.

---

*La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de conformidad con lo dispuesto por los artículos 36, 36-A, 36-B y 36-D de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, bajo el registro número **CNSF-S0065-1089-2010** de fecha **09/12/2010**.*

## SUPLEMENTO

### ¿Cómo funciona el proceso de pago de reclamos de USA Medical Services?

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 +1 (305) 275-1500, 01800 326 3339:**

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 del tratamiento:** 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 Resúmenes 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 el tratamiento:** 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 del tratamiento:** 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 del reclamo.

## La notificación: El primer paso en el proceso del reclamo

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

La autorización de un reclamo 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, 01 800 326 3339 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 reclamo 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
4. A qué hospital prefiere ir

También nos ayudará si usted le pide a su médico una copia de las notas clínicas o reportes 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 reclamo con mayor rapidez.

Una vez contemos con toda la información:

- Verificaremos que su póliza esté vigente cuando necesita el tratamiento
- Verificaremos que la condición y tratamiento cumplen con los requisitos estipulados en los términos y condiciones de su plan
- Confirmaremos su cobertura con el médico y el hospital
- Fijaremos con el hospital una cita que sea conveniente para usted

**Al salir del hospital:** Para procesar su reclamo, necesitamos el formulario de reclamo, los resúmenes 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 reclamo puede retrasarse.

Cuando su reclamo ha sido aprobado, 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 una Red de Hospitales Bupa, si usted no nos notificó sobre el tratamiento, o si necesitamos información adicional sobre su condición.

**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 presentar un reclamo después de su tratamiento

Si ha seguido los pasos correctos, estaremos en proceso de emitir un pago directo a su proveedor. Sin embargo, siempre hay circunstancias cuando esto no es posible y tendremos que enviarle un reembolso. En esos casos, hay ciertas directrices que debe seguir, como se indica a continuación.

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

1. Llene el Formulario de Reclamo. Puede encontrar una copia del Formulario de Reclamo en su kit informativo, o imprimir uno de nuestra página web [www.bupa.com.mx](http://www.bupa.com.mx)
2. 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
  - Formulario de transferencia bancaria
  - Solicitud de equipo médico
3. Adjunte todos los recibos originales. Por ejemplo:
  - Facturas, recibos de honorarios Medicos
  - Comprobantes de pago
4. Envíe la información a USA Medical Services:

Bupa México, Compañía de Seguros, S.A. de C.V.  
Blvd. Manuel Ávila Camacho No. 88 Piso 5  
Col. Lomas de Chapultepec  
México, D.F. C.P. 11000  
Tel: (55) 5202-1701 • Fax: (55) 5202-2097



Ofreciendo soluciones para seguro de  
Gastos Médico Mayores



Bupa México, Compañía de Seguros, S.A. de C.V.  
Blvd. Manuel Ávila Camacho No. 88 Piso 5  
Col. Lomas de Chapultepec C.P. 11000  
Teléfono: (55) 5202-1701 • Fax: (55) 5202-2097  
[www.bupa.com.mx](http://www.bupa.com.mx)  
[serviciocliente@bupalatinamerica.com](mailto:serviciocliente@bupalatinamerica.com)