

# Plan Bupa Select<sup>(\*)</sup>

Insured by / Asegurado por:



(\*) Formerly known as Plan Amedex Select

Treating and caring for you as an individual

Brindándole atención y servicio personalizado

## Comienzo y terminación de la cobertura

La cobertura comienza a las 00:01 horas Estándar del Este (EE.UU.) en la fecha efectiva de la póliza y termina a las 24:00 horas Estándar del Este (EE.UU.):

- En la fecha de expiración de la póliza; o
- Por el no pago de la prima; o
- A pedido por escrito del Asegurado principal de terminar la cobertura; o
- A pedido por escrito del Asegurado principal de terminar la cobertura para algún dependiente; o
- Por notificación escrita del Asegurador como se establece en las condiciones de esta póliza.

## Aviso requerido por el asegurador

EL ASEGURADO DEBE CONTACTAR A LA ADMINISTRADORA DE RECLAMOS DEL ASEGURADOR, USA MEDICAL SERVICES, POR LO MENOS SETENTA Y DOS (72) HORAS ANTES DE RECIBIR CUALQUIER CUIDADO MÉDICO. EL TRATAMIENTO DE EMERGENCIA DEBE SER NOTIFICADO DENTRO DE LAS CUARENTA Y OCHO (48) HORAS SIGUIENTES AL INICIO DEL TRATAMIENTO.

SI EL ASEGURADO NO ENTRA EN CONTACTO CON USA MEDICAL SERVICES COMO SE HA ESTABLECIDO PREVIAMENTE, EL ASEGURADO SERÁ RESPONSABLE POR EL TREINTA POR CIENTO (30%) DE TODOS LOS GASTOS CUBIERTOS DE MÉDICOS Y HOSPITALES RELACIONADOS CON LA RECLAMACIÓN, EN ADICIÓN AL DEDUCIBLE Y AL COASEGURO (SI ES APLICABLE).

USA MEDICAL SERVICES puede ser contactado las 24 horas del día, los 365 días del año a los siguientes números de teléfono:

En los EE.UU.: (305) 275-1500  
Sin cobro desde los EE.UU.: 1-800-726-1203  
Fax: (305) 275-8555  
Correo electrónico a: [claims@usamedicalservices.com](mailto:claims@usamedicalservices.com)  
Fuera de los EE.UU.: **EL NÚMERO DE TELÉFONO PUEDE SER ENCONTRADO EN SU TARJETA DE IDENTIDAD O EN [WWW.BUPALATINAMERICA.COM](http://WWW.BUPALATINAMERICA.COM)**

## TABLA DE BENEFICIOS

(VEA LA SECCIÓN CORRESPONDIENTE DE LA PÓLIZA PARA DETALLES, LIMITACIONES Y RESTRICCIONES)

LA PÓLIZA DEL PLAN BUPA SELECT PROPORCIONA COBERTURA SOLAMENTE EN LA RED DE PROVEEDORES PREFERIDOS. NINGÚN BENEFICIO ES PAGABLE POR SERVICIOS PRESTADOS FUERA DE LA RED DE PROVEEDORES PREFERIDOS EXCEPTO BAJO LA PROVISIÓN DE TRATAMIENTOS MÉDICOS DE EMERGENCIA.

LA COBERTURA MÁXIMA ES DE DOS MILLONES DE DÓLARES (\$2,000,000) POR ASEGURADO, DE POR VIDA POR TODOS LOS GASTOS MÉDICOS Y DE HOSPITALES CUBIERTOS DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA, SUJETA A LOS LÍMITES QUE SE INDICAN A CONTINUACIÓN:

Cobertura	Beneficio Máximo
1. Habitación estándar de hospital privada o semiprivada y alimentación	Sin Límite
2. Unidad de cuidados intensivos y alimentación	Sin Límite
3. Beneficios por maternidad (excepto los planes Select 5 y Select 7) (no se aplican deducible ni coaseguro)	\$2,000
4. Cobertura del recién nacido (no se aplican deducible ni coaseguro)	\$10,000
5. Condiciones congénitas y hereditarias: <ul style="list-style-type: none"><li>• Manifestadas antes de la edad de 18 años (por Asegurado, de por vida)</li><li>• Manifestadas a la, o después de, la edad de 18 años (por Asegurado, de por vida)</li></ul>	\$100,000 \$2,000,000
6. Transportación por ambulancia aérea (por Asegurado, de por vida)	\$50,000
7. Transportación por ambulancia terrestre (por incidente)	\$1,000
8. Repatriación de restos mortales	\$5,000
9. Tratamiento de emergencia fuera de la Red de Proveedores Preferidos (por incidente)	\$25,000