

**BUPA MEXICO, COMPAÑÍA DE SEGUROS, S.A. DE C.V.**  
**Tabla de Coberturas y Beneficios**  
**Bupa Diamond Care SL**



| Información general   |                              |
|---|------------------------------|
| Deducible: _____ / _____  |                              |
| Coaseguro General: 0%   | Otros Coaseguros: No aplican |
| Con la póliza Diamond Care, los asegurados no están obligados a obtener tratamiento dentro de un hospital o proveedor en convenio. Sin embargo, la cobertura está sujeta a los términos y condiciones aplicables y que se describen en este documento.  |                              |
| Los Asegurados deberán notificar a USA Medical Services antes de comenzar cualquier tratamiento.  |                              |
| Todos los beneficios cubiertos serán pagados por Bupa considerando el gasto usual, acostumbrado y razonable para dicho tratamiento o servicio en el país donde se recibe dicho servicio médico cubierto.  |                              |
| Todos los beneficios están sujetos a cualquier deducible y/o coaseguro aplicable, a menos que se indique lo contrario.  |                              |
| Los detalles completos de los términos y condiciones de la póliza se encuentran en el Condicionado General en la sección de Gastos Cubiertos, Administración y Exclusiones/Limitaciones. La Tabla de Beneficios solamente indica los límites aplicables al producto contratado.   |                              |
| <b>NOTIFICACIÓN A BUPA</b>  |                              |
| Se recomienda que el asegurado notifique a Bupa o al Administrador de Reclamos de la misma, USA Medical Services y/o Bupa Servicios de Evaluación Médica por lo menos 72 (setenta y dos) horas antes de recibir cualquier cuidado médico.   |                              |
| Se recomienda notificar el tratamiento de emergencia dentro de las 72 (setenta y dos) horas siguientes al inicio de dicho tratamiento. Algunos beneficios requieren notificación obligatoria por lo que el asegurado deberá consultar la sección de Beneficios Cubiertos y la Tabla de Coberturas y Beneficios de su Plan.  |                              |
| La eliminación de deducible por accidente, procederá siempre y cuando el asegurado haya recibido la atención médica o haya erogado algún gasto dentro de los primeros diez (10) días naturales inmediatos posteriores al accidente y este sea medicamente catalogado como tal. De lo contrario no procederá este beneficio y será obligatorio cubrir el deducible conforme a Condiciones Generales. |                              |
| Para fines de claridad, cualquier notificación a Bupa o USA Medical Services o a Bupa Servicios de Evaluación Médica deberá hacerse mediante los teléfonos o correos electrónicos previstos en las presentes condiciones generales.   |                              |

|   |                   |
|---|-------------------|
| <b>Cobertura máxima por asegurado, por año póliza, excepto cuando se indique lo contrario</b> | <b>Sin Límite</b> |
|---|-------------------|

| Beneficios y limitaciones por hospitalización  | Cobertura  |
|--|------------|
| Servicios hospitalarios  | 100%       |
| Habitación estándar y alimentación del asegurado<br>(En hospital fuera de la red de hospitales o proveedores en convenio: máximo US\$2,000 por día)  | 100%       |
| Unidad de cuidados intensivos<br>(En hospital fuera de la red de hospitales o proveedores en convenio: máximo US\$4,000 por día)   | 100%       |
| Honorarios de cirujano y anestesista   | 100%       |
| Medicamentos por receta durante la hospitalización   | 100%       |
| Procedimientos de diagnóstico (patología, exámenes de laboratorio, radiografías, resonancia magnética, tomografía computarizada, tomografía por emisión de positrones (PET scan), ultrasonido, endoscopia) | 100%       |
| Cirugía bariátrica por única vez (período de espera de 24 meses)   | US\$10,000 |
| Cama para acompañante de menor de edad hospitalizado, por día  | US\$400    |
| Alimentación para acompañante, por día   | US\$50     |

| Beneficios y limitaciones por tratamiento ambulatorio  | Cobertura    |
|--|--------------|
| Cirugía ambulatoria  | 100%         |
| Visitas a médicos y especialistas  | 100%         |
| Medicamentos por receta: <ul style="list-style-type: none"> <li>Después de una hospitalización o cirugía ambulatoria (por un máximo de 6 meses)</li> <li>Tratamiento ambulatorio o sin hospitalización</li> </ul>  | 100%<br>100% |
| Procedimientos de diagnóstico (patología, exámenes de laboratorio, radiografías, resonancia magnética, tomografía computarizada, tomografía por emisión de positrones (PET scan), ultrasonido, endoscopia)   | 100%         |
| Fisioterapia y servicios de rehabilitación (deben ser pre-aprobados después de las primeras 20 terapias)   | 100%         |
| Atención médica en el hogar (debe ser pre-aprobada)  | 100%         |
| Centros de Atención de Urgencias y Clínicas de Conveniencia en EE. UU.<br>Gastos derivados del tratamiento en los centros de atención de urgencias y clínicas de conveniencia en los Estados Unidos de América que sean necesarios para tratar una lesión, enfermedad o dolencia cubierta bajo la póliza <ul style="list-style-type: none"> <li>Sujeto a un copago de US\$50</li> <li>No aplica deducible</li> </ul> | 100%         |

| Beneficios y limitaciones por maternidad  | Cobertura  |
|---|------------|
| Embarazo, maternidad y parto, por embarazo <ul style="list-style-type: none"> <li>Incluye parto normal, parto complicado, parto por cesárea, todo tratamiento pre- y post-natal, y cuidado del recién nacido saludable</li> <li><b>Período de espera de 10 meses</b></li> <li>Solo planes 2 (Deducible 1,000/2,000 USD) y 3 (Deducible 2,000/3,000 USD)</li> <li>No aplica deducible</li> </ul> | US\$10,000 |
| Complicaciones de la maternidad <ul style="list-style-type: none"> <li><b>Período de espera de 10 meses</b></li> <li>Solo planes 2 (Deducible 1,000/2,000 USD) y 3 (Deducible 2,000/3,000 USD)</li> <li>No aplica deducible</li> </ul>  | 100%       |
| Cobertura provisional del recién nacido (por un máximo de 90 días después del parto) <ul style="list-style-type: none"> <li>Solamente para embarazos cubiertos</li> <li>No aplica deducible</li> </ul>  | US\$50,000 |
| Cuidado del recién nacido saludable (máximo 5 visitas durante los primeros 6 meses después del parto)   | 100%       |

| Beneficios y limitaciones por evacuación médica  | Cobertura           |
|--|---------------------|
| Evacuación médica de emergencia: <ul style="list-style-type: none"> <li>Ambulancia aérea</li> <li>Ambulancia terrestre</li> <li>Repatriación de restos mortales</li> </ul> | US\$100,000<br>100% |
| Estos servicios deben ser pre-aprobados y coordinados por USA Medical Services.  | 100%                |

| Otros beneficios y limitaciones   | Cobertura     |
|---|---------------|
| Tratamiento del cáncer (quimioterapia/radioterapia/trasplante de médula ósea)   | 100%          |
| Insuficiencia renal terminal (diálisis)   | 100%          |
| Procedimientos de trasplante (por diagnóstico, de por vida) <ul style="list-style-type: none"> <li>Cobertura máxima para la obtención, transporte y extracción de órganos, células o tejido, y preparación del donante (US\$25,000 incluidos como parte del total)</li> </ul> | US\$1,000,000 |
| Condiciones congénitas y/o hereditarias: <ul style="list-style-type: none"> <li>Diagnosticadas antes de los 18 años de edad (máximo de por vida)</li> <li>Diagnosticadas a los 18 años o después</li> </ul>   | 100%<br>100%  |
| Brazos y piernas artificiales   | 100%          |
| Tratamientos especiales (prótesis, implantes, aparatos y dispositivos ortopédicos, equipo médico durable, radioterapia, quimioterapia y medicamentos altamente especializados)  | 100%          |
| Sala de emergencias (con o sin hospitalización)   | 100%          |

|  |                  |
|--|------------------|
| Cobertura dental de emergencia   | 100%             |
| Residencia y cuidados paliativos   | 100%             |
| Terapeuta complementario (máximo 80 visitas/sesiones)  | 100%             |
| Visitas con especialista en dietética  | Máximo 4 visitas |
| Cobertura de actividades y deportes peligrosos (amateur, profesional o por compensación)   | 100%             |
| VIH/SIDA, de por vida <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Periodo de espera de 4 años</b></li> </ul>   | US\$1,000,000    |
| Cobertura extendida para dependientes elegibles debido al fallecimiento del asegurado principal  | 2 años           |
| Segunda opinión quirúrgica requerida <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si el asegurado no obtiene una segunda opinión quirúrgica requerida, él/ella será responsable por el 30% de todos los gastos cubiertos de médicos y hospitales relacionados con la reclamación, además del deducible correspondiente.</li> </ul> | 100%             |

**En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas a partir del día 9 de enero de 2025 con el número CNSF-H0719-0010-2025**