



Detalle
**Product
Review**

**Internacionales
2025**

Enero 2025



Global Health Plans, Essential Care y Corporate Care

| Apartado / cláusula | Antes | Después |
|---|--|--|
| Todo el documento ⁽²⁾ | Referencias a la Tabla de beneficios. | Se eliminan las referencias a la tabla de beneficios y se integran las sumas aseguradas y límites a cada cobertura. |
| Definiciones | Antes | Después |
| Accidente | <p>Acontecimiento provocado por una causa externa, involuntaria, imprevista, fortuita, súbita y violenta que ocasiona daño(s) corporal(es) al asegurado. Para ser considerado accidente bajo los términos de esta póliza, la primera atención médica y gasto, debe recibirse dentro de los primeros 10 (diez) días naturales siguientes al evento.</p> <p>En caso contrario, el siniestro se procesará como una enfermedad o padecimiento.</p> <p>Para los casos de nariz, ligamentos, columna vertebral, rodilla y articulaciones mayores, sólo se considerarán accidentes cuando exista fractura o ruptura, según aplique o politraumatismos.</p> | <p>Acontecimiento provocado por una causa externa, involuntaria, imprevista, fortuita, súbita y violenta que ocasiona daño(s) corporal(es) al asegurado. Para ser considerado accidente bajo los términos de esta póliza, la primera atención médica y gasto, debe recibirse dentro de los primeros 10 (diez) días naturales siguientes al evento, en caso contrario, el siniestro se procesará como una enfermedad o padecimiento.</p> |
| Actividades y/o deportes de alto riesgo ⁽¹⁾ | Actividades o deportes peligrosos de alto riesgo. | Actividades y/o deportes de alto riesgo. |
| Asegurado Titular ⁽¹⁾ | Es la persona que por sí misma o determinada por el Contratante, firma como responsable de la veracidad de las respuestas que sobre su persona y/o la de otros asegurados por la presente póliza, fueron asentadas en la solicitud de seguro y la cual puede solicitar modificaciones y/o ajustes a la póliza. | <p>Es la persona que por sí misma o determinada por el Contratante, firma como responsable de la veracidad de las respuestas que sobre su persona y/o la de otros asegurados por la presente póliza, fueron asentadas en la solicitud de seguro y la cual puede solicitar modificaciones y/o ajustes a la póliza.</p> <p>En caso de que se desee nombrar Asegurado titular a un menor de edad, éste actuará por medio de su representante legal que para efectos del contrato de seguro será el Tutor, el cual deberá ser nombrado de acuerdo con la legislación civil aplicable.</p> |
| Deducible Máximo por póliza | <p>DEDUCIBLE FAMILIAR</p> <p>Es la cantidad máxima por póliza por concepto de pago de deducible equivalente a la suma de dos deducibles individuales por año póliza.</p> | <p>DEDUCIBLE MÁXIMO POR PÓLIZA</p> <p>Es la cantidad máxima por póliza (máximo 2 deducibles individuales) por concepto de pago de deducible, mismo que debe ser pagado por cada asegurado por año póliza.</p> |
| Enfermedad o padecimiento | Condición anormal o alteración en la salud del asegurado que ha sido diagnosticada por un médico o doctor legalmente autorizado, ya sea en el funcionamiento de un órgano o parte del cuerpo, y que provenga de alteraciones patológicas comprobables. | <p>Toda alteración de la salud que padezca el Asegurado y que amerite tratamiento médico y/o quirúrgico prescrito por un médico titulado y con cédula profesional vigente que lo acredite para el legal ejercicio de la profesión. Se consideran como parte de la misma Enfermedad, las alteraciones que se produzcan como consecuencia inmediata o directa del propio Tratamiento médico o quirúrgico, así como sus recurrencias o recaídas, complicaciones y secuelas.</p> |

⁽¹⁾ No aplica a Corporate Care

⁽²⁾ No aplica a Essential Care



CONDICIONES PREEXISTENTES

Se declara preexistencia cuando se cuente con las pruebas que se señalan en los siguientes casos:

- a. 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 expediente médico 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.
- b. Cuando la institución cuente con pruebas documentales 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 expediente médico o clínico, para resolver la procedencia de la reclamación.
- c. 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.



Enfermedades o padecimientos preexistentes

ENFERMEDADES O PADECIMIENTOS PREEXISTENTES

Se considerará preexistente cualquier Enfermedad o Padecimiento:

- a. Que haya sido declarado antes de la celebración del Contrato, y/o;
- b. Que en un expediente o informe médico se determine su existencia, signos o síntomas con anterioridad a la fecha de celebración del Contrato, y/o;
- c. Diagnosticado con anterioridad a la fecha de celebración del Contrato, mediante pruebas de laboratorio, gabinete o cualquier otro medio reconocido de diagnóstico dentro de los 5 (cinco) años previos al inicio de vigencia de la póliza, y/o;
- d. Por el que previamente a la fecha de celebración del Contrato, el Asegurado haya realizado gastos comprobables documentalmente para recibir un diagnóstico o tratamiento médico de la Enfermedad y/o Padecimiento de que se trate.

Es el periodo a partir de la fecha efectiva de la póliza durante el cual el asegurado no podrá presentar una reclamación por servicios que haya recibido, excepto cuando se trate de:

- a. Accidentes que habiendo causado una lesión demostrable hagan necesaria una hospitalización inmediata, como politraumatismos,
- b. Enfermedades agudas de origen infeccioso, y
- c. Infartos y enfermedades cerebrovasculares, siempre y cuando no se encuentren relacionados con una enfermedad o padecimiento preexistente.

En todos estos casos deberá comprobarse mediante una evaluación médica que la vida del asegurado está en peligro y/o que puede sufrir un daño permanente a un órgano vital, por acuerdo mutuo entre el médico tratante y el consultor médico de Bupa.



Periodo de espera general

Es el periodo a partir de la fecha efectiva de la póliza durante el cual el asegurado no podrá presentar una reclamación por servicios que haya recibido, excepto cuando se trate de:

- 1. Accidentes que habiendo causado una lesión demostrable hagan necesaria una hospitalización inmediata
- 2. Politraumatismos
- 3. Infartos
- 4. Enfermedades agudas de origen infeccioso
- 5. Enfermedades cerebrovasculares, siempre y cuando no se encuentren relacionados con una enfermedad o padecimiento preexistente.

Exceptuando casos de accidente, en todos los casos anteriores deberá comprobarse mediante una evaluación médica que la vida del asegurado está en peligro y/o que puede sufrir un daño permanente a un órgano vital, por acuerdo mutuo entre el médico tratante y el consultor médico de Bupa.



Politraumatismo

Sin definición.

POLITRAUMATISMO

Es aquel traumatismo que afecta a dos o más órganos o que produce al menos una lesión que pone en peligro la vida del paciente.



Reclamación Fraudulenta

Sin definición.

RECLAMACIÓN FRAUDULENTA

Se refiere a la presentación de información, documentos, pruebas o declaraciones falsas, inexactas, y/o alteradas; así como la omisión de la presentación de información verídica (ya sean datos, documentos, pruebas sobre los hechos relacionados) en el trámite de un siniestro.



Tabla de beneficios ⁽²⁾

TABLA DE COBERTURAS Y BENEFICIOS

Listado que forma parte de las condiciones generales de la póliza que incluye las cantidades máximas de los gastos médicos cubiertos por su Global Ultimate Health Plan que serán pagados una vez que superen el deducible anual aplicable detallado en la carátula de la póliza.

Se elimina lo referente a tabla de coberturas y beneficios.

⁽¹⁾ No aplica a Corporate Care

⁽²⁾ No aplica a Essential Care



| Cláusulas - Coberturas | | Antes | Después |
|---|--|--|---|
|  Medicamentos y materiales de curación | | <p>MEDICAMENTOS Y MATERIALES DE CURACIÓN Bupa pagará los medicamentos y materiales de curación prescritos siempre que sean recetados por un médico o doctor de forma previa y que sean necesarios para tratar una lesión, enfermedad o padecimiento como se indique en la Tabla de Coberturas y Beneficios de su Global Ultimate Health Plan.</p> | <p>MEDICAMENTOS Y MATERIALES DE CURACIÓN Bupa pagará los medicamentos y materiales de curación prescritos siempre que sean recetados por un médico o doctor de forma previa y que sean necesarios para tratar una lesión, enfermedad o padecimiento. Una vez que el asegurado se encuentre en territorio nacional y en caso de que sea medicamento necesario, los medicamentos deberán ser surtidos por proveedores nacionales, sin excepción.</p> |
|  Cláusula rehabilitación multidisciplinaria ⁽¹⁾ | | <p>Bupa pagará por la rehabilitación multidisciplinaria y fisioterapia durante hospitalización o como tratamiento ambulatorio, incluyendo habitación, alimentos y una combinación de terapias físicas y ocupacionales y de fonoaudiología como resultado de una condición que requiera dicho tratamiento.</p> | <p>Bupa pagará por la rehabilitación multidisciplinaria y fisioterapia durante hospitalización o como tratamiento ambulatorio, incluyendo habitación, alimentos y una combinación de terapias físicas y ocupacionales como resultado de una condición que requiera dicho tratamiento.</p> |
|  Cobertura de trasplantes | | <p>Servicios de trasplantes.</p> | <p>Cobertura de trasplantes.</p> |
|  Homologación del título cláusula** | | <p>Condiciones Preexistentes.</p> | <p>Enfermedades o padecimientos preexistentes.</p> |
|  Transporte y viajes ⁽¹⁾ ⁽²⁾ | | <p>2.9 TRANSPORTE Y VIAJES 2.9.1 VIAJES DE TRASLADO</p> | <p>TRANSPORTE Y VIAJES EVACUACIÓN MÉDICA a. EVACUACIÓN MÉDICA HOSPITALARIA b. EVACUACIÓN MÉDICA CON DIAGNÓSTICO PARA CIRUGÍA</p> |
| Cláusulas - Generales | | Antes | Después |
|  Aplicación de Deducible | | <p>a. Un deducible por asegurado, por año póliza, el cual deberá ser cubierto por el asegurado antes de que inicie la responsabilidad por parte de Bupa de cubrir los gastos médicos procedentes y hasta el límite de la suma asegurada contratada. b. Un máximo equivalente a 2 (dos) deducibles por póliza, por año póliza. El deducible deberá ser cubierto por el asegurado antes de que inicie la responsabilidad de cubrir los gastos médicos procedentes por parte de Bupa y hasta el límite de la suma asegurada contratada. El deducible deberá ser cubierto por el asegurado, mismo que al ser la parte del riesgo que asume el asegurado, deberá cubrirse antes de que inicie la responsabilidad de Bupa de cubrir los gastos médicos que resulten procedentes hasta el límite de la suma asegurada contratada.</p> | <p>a. Un deducible por asegurado, por año póliza, el cual deberá ser cubierto por el asegurado antes de que inicie la responsabilidad por parte de Bupa de cubrir los gastos médicos procedentes y hasta el límite de la suma asegurada contratada. b. Un deducible máximo por póliza igual a 2 (dos) deducibles individuales por póliza, por año póliza. El deducible deberá ser cubierto por el asegurado antes de que inicie la responsabilidad de cubrir los gastos médicos procedentes por parte de Bupa y hasta el límite de la suma asegurada contratada. El deducible deberá ser cubierto por el asegurado, mismo que al ser la parte del riesgo que asume el asegurado, deberá cubrirse antes de que inicie la responsabilidad de Bupa de cubrir los gastos médicos que resulten procedentes hasta el límite de la suma asegurada contratada.</p> |

⁽¹⁾ No aplica a Corporate Care

⁽²⁾ No aplica a Essential Care



Aplicación de deducible: accidente

d. En caso de accidente, se eliminará el deducible en los gastos incurridos durante el año póliza en que ocurrió el accidente siempre y cuando la atención médica y gasto haya ocurrido dentro de los 10 (diez) días posteriores al accidente. Si el accidente ocurrió dentro de los 3 (tres) últimos meses de su vigencia, el deducible se eliminará para la vigencia inmediata posterior solamente para los gastos derivados del padecimiento relacionado con el accidente.

d. En caso de accidente, se eliminará el deducible en los gastos incurridos durante el año póliza en que ocurrió el accidente siempre y cuando la atención médica y gasto haya ocurrido dentro de los 10 (diez) días posteriores al accidente. Si el accidente ocurrió dentro de los 3 (tres) últimos meses de su vigencia, el deducible se eliminará para la vigencia inmediata posterior solamente para los gastos derivados del padecimiento relacionado con el accidente. **Para los casos de nariz, ligamentos, columna vertebral, rodilla y articulaciones mayores, sólo se considerarán accidentes cuando exista fractura o ruptura o deriven de politraumatismos.**

El asegurado titular y/o contratante estará obligado a comunicarle por escrito a Bupa cualquier cambio de: nombre o domicilio, cobertura de seguro médico con otra compañía, defunción del asegurado titular y/o contratante y/o de cualquier dependiente.

El asegurado titular y/o contratante estará obligado a comunicarle por escrito a Bupa cualquier cambio de: nombre o domicilio, cobertura de seguro médico con otra compañía, defunción del asegurado titular y/o contratante y/o de cualquier dependiente.

El asegurado, y/o contratante también estará obligado a:

- Proveer a Bupa toda la información disponible y necesaria para la tramitación, de las reclamaciones presentadas.
- No presentar cualquier tipo de información, documentos, pruebas sobre los hechos relacionados con el siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo, o realice declaraciones falsas en apoyo de una reclamación. esto se entenderá como una reclamación fraudulenta.
- Declarar toda la información necesaria para que Bupa pueda identificar la posible negación del pago de un reclamo.

El asegurado, y/o contratante también estará obligado a:

- Proveer a Bupa toda la información disponible y necesaria para la tramitación, de las reclamaciones presentadas.
- Presentar información verídica relacionada con el trámite de los siniestros, ya sean datos, documentos, pruebas sobre los hechos relacionados con el mismo;**
- Abstenerse de presentar información, documentos, pruebas o declaraciones falsas, inexactas y/o alteradas en el trámite de un siniestro, esto se considerará una reclamación fraudulenta.**

El incumplimiento de lo anterior podrá facultar a Bupa para:

- Negarse a pagar la totalidad de la reclamación y cualquier otra reclamación presentada desde la fecha de dicha reclamación;
- Recuperar cualquier pago que se haya realizado con respecto a la reclamación y / u otras reclamaciones presentadas desde la fecha de detección de cualquier reclamación fraudulenta
- Dar por terminado el contrato de seguro sin necesidad de declaración judicial y la liberará de la obligación de realizar cualquier pago cualquier pago al amparo de la póliza. Bupa se reservará el derecho de obtener información sobre el estado de salud del asegurado y de dirigirse a cualquier prestador de servicios médicos que atienda o haya atendido al asegurado por cualquier enfermedad o trastorno físico o psíquico. Bupa, además, se reservará el derecho de obtener cualquier historial médico u otros reportes e informes escritos sobre el estado de salud del asegurado quien otorga su autorización expresa para su revelación a Bupa para estos fines.

El incumplimiento de lo anterior podrá facultar a Bupa para:

- Negarse a pagar la totalidad de la reclamación y cualquier otra reclamación presentada desde la fecha de dicha reclamación;
- Recuperar cualquier pago que se haya realizado con respecto a la reclamación y/u otras reclamaciones presentadas desde la fecha de detección de cualquier reclamación fraudulenta
- Dar por terminado el contrato de seguro sin necesidad de declaración judicial y la liberará de la obligación de realizar cualquier pago cualquier pago al amparo de la póliza. Bupa se reservará el derecho de obtener información sobre el estado de salud del asegurado y de dirigirse a cualquier prestador de servicios médicos que atienda o haya atendido al asegurado por cualquier enfermedad o trastorno físico o psíquico. Bupa, además, se reservará el derecho de obtener cualquier historial médico u otros reportes e informes escritos sobre el estado de salud del asegurado quien otorga su autorización expresa para su revelación a Bupa para estos fines.

Bupa tiene el derecho, cuando corresponda, de verificar sus datos con agencias de prevención de fraude, y/u otras aseguradoras con el fin de prevenir y detectar información falsa o actividad fraudulenta. Siempre que, el asegurado y/o contratante proporcionen información falsa o inexacta, Bupa podrá registrarlo con una agencia de prevención de fraude, y/u otras aseguradoras y podrá usar y buscar estos registros para ayudar a: tomar decisiones sobre los beneficios y los servicios relacionados con los beneficios de la póliza, tomar decisiones sobre otras propuestas de aseguramiento y reclamaciones, establecer su identidad y búsquedas de fraude adicionales.

Bupa tiene el derecho, cuando corresponda, de verificar sus datos con agencias especializadas, y/u otras aseguradoras con el fin de prevenir y detectar información falsa. Siempre que, el asegurado y/o contratante proporcionen información falsa o inexacta, Bupa podrá registrarlo con una agencia especializada, y/u otras aseguradoras y podrá usar y buscar estos registros para ayudar a: tomar decisiones sobre los beneficios y los servicios relacionados con los beneficios de la póliza, tomar decisiones sobre otras propuestas de aseguramiento y reclamaciones, establecer su identidad y búsquedas adicionales.

⁽¹⁾ No aplica a Corporate Care

⁽²⁾ No aplica a Essential Care



Adición de dependientes

La cobertura de esta póliza está disponible para los dependientes del asegurado titular y/o contratante, diferentes de su cónyuge o concubina(o), hasta los 19 (diecinueve) años, si son solteros, o hasta los 24 (veinticuatro) años, si son solteros y declaran ser estudiantes de tiempo completo al momento que la póliza es emitida o renovada.

La cobertura de esta póliza está disponible para los dependientes del asegurado titular y/o contratante, diferentes de su cónyuge o concubina(o), hasta los 19 (diecinueve) años, si son solteros, o hasta los **23 (veintitrés) años, 11 (once) meses y 29 (veintinueve) días cumplidos**, si son solteros y declaran ser estudiantes de tiempo completo al momento que la póliza es emitida o renovada.

Global Health Plans, Essential Care y Corporate Care

Exclusiones

Antes

Después



Se separa Exclusión

DISFUNCIONES SEXUALES Y ENFERMEDADES DE TRASMISIÓN SEXUAL
Consultas y tratamientos relacionados con disfunciones sexuales, excepto cuando sean derivados de una condición cubierta bajo la póliza, y las enfermedades transmitidas sexualmente.

DISFUNCIONES SEXUALES

Consultas, estudios y tratamientos relacionados con disfunciones sexuales, excepto cuando sean derivados de una condición cubierta bajo la póliza.

ENFERMEDADES DE TRASMISIÓN SEXUAL

Consultas, estudios y tratamientos relacionados con enfermedades transmitidas sexualmente. Salvo por el beneficio de VIH/SIDA que sí se encontrará cubierto, una vez transcurrido el Periodo de Espera.



Exclusión Gastos relacionados con tratamientos no cubiertos, último párrafo

Cualquier exclusión particular de la póliza, ya sea por condiciones generales o por virtud de un endoso, excluye de cobertura todo servicio médico para el área, órgano y/o sistema implicado en dicha exclusión, excepto que derive de un padecimiento cubierto y previamente autorizado por Bupa. **Por tanto, el asegurado nunca tendrá cobertura de una exclusión bajo esta póliza, independientemente de cuál sea la causa primaria y/o secundaria, incluyendo pero no limitándose a causas mórbidas y/o accidentes.**

Cualquier exclusión particular de la póliza, ya sea por condiciones generales o por virtud de un endoso, excluye de cobertura todo servicio médico para el área, órgano y/o sistema implicado en dicha exclusión, excepto que derive de un padecimiento cubierto y previamente autorizado por Bupa.



Exclusión Toxicomanía y/o drogadicción

TRATAMIENTOS POR ENFERMEDADES Y/O ACCIDENTES ORIGINADOS A CONSECUENCIA DE TOXICOMANÍA Y/O DROGADICCIÓN NO PRESCRITA POR UN MÉDICO, ASÍ COMO SUS RESPECTIVOS TRATAMIENTOS DE DESINTOXICACIÓN
En caso de accidentes en vehículos o transportes motorizados (por ejemplo, automóviles, motos, camiones, lanchas, barcos, etc.) en los que el Asegurado esté involucrado como conductor y que resulten en un ingreso hospitalario o por la sala de urgencias, Bupa se reserva el derecho de solicitar una prueba de drogas y/o alcohol en la sangre al momento de recibir la primera atención médica y/o los reportes correspondientes de las autoridades competentes para completar el dictamen. Se excluye la cobertura cuando el nivel de alcohol en la sangre sea mayor al límite establecido por la ley correspondiente en el lugar donde ocurrió el accidente o cuando los exámenes de sangre muestren la presencia de drogas ilegales.

TOXICOMANIA Y/O DROGADICCIÓN

Tratamientos por enfermedades y/o accidentes originados a consecuencia de toxicomanía y/o drogadicción no prescrita por un médico, así como sus respectivos tratamientos de desintoxicación.
En caso de accidentes en vehículos o transportes motorizados (por ejemplo, automóviles, motos, camiones, lanchas, barcos, etc.) en los que el Asegurado esté involucrado como conductor y que resulten en un ingreso hospitalario o por la sala de urgencias, Bupa se reserva el derecho de solicitar una prueba de drogas y/o alcohol en la sangre al momento de recibir la primera atención médica y/o los reportes correspondientes de las autoridades competentes para completar el dictamen.

⁽¹⁾ No aplica a Corporate Care

⁽²⁾ No aplica a Essential Care



Major, Select, Premier, Elite, Essential Care y Corporate Care

| Exclusiones | Antes | Después |
|-------------|---------------|--|
| Alzheimer | Sin exclusión | ENFERMEDAD DEL ALZHEIMER Consultas, estudios y tratamientos relacionados con el Alzheimer. |

Major, Select, Premier, Essential Care y Corporate Care

| Exclusiones | Antes | Después |
|--|--|--|
| Servicios fuera de convenio | SERVICIOS FUERA DE CONVENIO Los servicios que no se encuentren dentro de los hospitales y/o proveedores en convenio cuando así lo especifique la Tabla de Coberturas y Beneficios de su Global Health Plan. Los títulos incluidos a continuación no presuponen el alcance ni limitan de forma alguna la exclusión enunciada. En caso de duda, siempre se deberá de remitir al texto íntegro de las presentes condiciones generales. | ATENCIÓNES MÉDICAS FUERA DE LOS PROVEEDORES MÉDICOS EN CONVENIO EN EL EXTRANJERO No serán susceptibles de cobertura las atenciones médicas que hayan sido recibidas por medio de proveedores fuera de la red en convenio en el extranjero. |
| Actividades y/o deportes de alto riesgo ^{(1) (2)} | Deportes peligrosos | Actividades y/o deportes de alto riesgo |
| Desórdenes de la conducta y desarrollo ⁽¹⁾ | DESÓRDENES DE LA CONDUCTA O DEL DESARROLLO No se cubrirán tratamientos relacionados con dificultades de aprendizaje, problemas relacionados con el desarrollo físico o desórdenes de la conducta, problemas de desarrollo tratados en un ambiente educacional para apoyar el desarrollo educacional, evaluaciones psicopedagógicas, exámenes psicométricos, terapias con fines psicoeducacionales o psicopedagógicos, ni tratamientos del desarrollo infantil. Los diagnósticos y tratamientos de autismo quedan limitados a la cobertura bajo el beneficio de autismo cuando se especifique cobertura en la Tabla de Coberturas y Beneficios de su Global Health Plan. | DESÓRDENES DE LA CONDUCTA O DEL DESARROLLO No se cubrirán tratamientos relacionados con dificultades de aprendizaje, problemas relacionados con el desarrollo físico o desórdenes de la conducta, problemas de desarrollo tratados en un ambiente educacional para apoyar el desarrollo educacional, evaluaciones psicopedagógicas, exámenes psicométricos, terapias con fines psicoeducacionales o psicopedagógicos, ni tratamientos del desarrollo infantil. |

⁽¹⁾ No aplica a Corporate Care

⁽²⁾ No aplica a Essential Care



Major y Select

Exclusiones

Antes

Después



Exclusión Obesidad ⁽¹⁾ ⁽²⁾

3.39 TRATAMIENTO PARA LA OBESIDAD

Tratamientos para o como resultado de obesidad o el control de peso, incluyendo suplementos alimenticios, medicamentos o asesoría nutricional.

Los gastos asociados con cirugías por obesidad están cubiertos tal como se indica en la Tabla de Coberturas y Beneficios de su Global Major Medical Plan, sujeto a los términos y condiciones aquí establecidos.

La cobertura para cirugía bariátrica está excluida para asegurados que no hayan cumplido con el periodo de espera de 2 (dos) años y para asegurados que hayan cumplido los 60 (sesenta) años de edad.

3.39 TRATAMIENTO PARA LA OBESIDAD

Tratamientos para o como resultado de obesidad o el control de peso, incluyendo suplementos alimenticios, medicamentos o asesoría nutricional.

Premier, Elite y Ultimate

Cláusulas - Coberturas

Antes

Después



Cláusula general de Maternidad

MATERNIDAD

2.8.1 MATERNIDAD/PARTO

Esta cobertura tiene un periodo de espera de 10 (diez) meses. Esta cobertura solo aplica para los planes especificados en la Tabla de Coberturas y Beneficios de su Global Ultimate Health Plan. Bupa pagará solamente a la asegurada titular, cónyuge o concubina dependiente los gastos derivados del embarazo, parto y complicaciones del recién nacido hasta el límite establecido en este beneficio siempre y cuando la fecha estimada de parto sea por lo menos diez (10) meses calendario después de la fecha de vigencia de la cobertura para la respectiva asegurada. El periodo de espera no podrá ser eliminado bajo ningún motivo. En caso de cambio de plan con endoso de continuidad de cobertura, este periodo de espera deberá cumplirse con el nuevo plan para poder gozar de este beneficio.

MATERNIDAD

Esta cobertura tiene un periodo de espera de 10 (diez) meses y aplica únicamente en planes que hayan sido contratados con deducible US\$0 o US\$1,000.

La suma asegurada máxima para este beneficio será de US\$20,000 en caso de parto normal o cesárea por embarazo.

Si la madre y el padre han estado cubiertos por el mismo plan y póliza cumpliendo ambos el periodo de espera de 10 (diez) meses, el beneficio máximo de maternidad (parto normal en hospital o cesárea) se incrementará quedando en US\$23,000. Bupa pagará solamente a la asegurada titular, cónyuge o concubina dependiente los gastos derivados del embarazo, parto y complicaciones del recién nacido hasta el límite establecido en este beneficio siempre y cuando la fecha estimada de parto sea por lo menos 10 (diez) meses calendario después de la fecha de vigencia de la cobertura para la respectiva asegurada.

El periodo de espera no podrá ser eliminado bajo ningún motivo. En caso de cambio de plan con endoso de continuidad de cobertura, este periodo de espera deberá cumplirse con el nuevo plan para poder gozar de este beneficio.



Parto normal en el hospital

2.8.2 PARTO NORMAL EN EL HOSPITAL

Esta cobertura tiene un periodo de espera de 10 (diez) meses. Esta cobertura solo aplica para los planes especificados en la Tabla de Coberturas y Beneficios de su Global Ultimate Health Plan.

Una vez que transcurran 10 (diez) meses consecutivos desde que la asegurada titular, cónyuge o concubina dependiente esté cubierta bajo la póliza (no aplica continuación de cobertura ni eliminación de periodo de espera), Bupa cubrirá a dicha asegurada el tratamiento de maternidad y parto que incluye:

- Cargos de hospitales, honorarios de obstetras y parteras por parto natural
- Cuidados post natales requeridos por la madre inmediatamente después del parto natural, como suturas, y
- Hasta 7 (siete) días de cuidado rutinario para el recién nacido.

Para esta cobertura no aplica deducible.

A) PARTO NORMAL EN EL HOSPITAL

Esta cobertura tiene un periodo de espera de 10 (diez) meses.

Una vez que transcurran 10 (diez) meses calendario después de la fecha de inicio de vigencia de la cobertura para la respectiva Asegurada (no aplica continuación de cobertura ni eliminación de periodo de espera), Bupa cubrirá a dicha asegurada el tratamiento de maternidad y parto que incluye:

- Cargos de hospitales, honorarios de obstetras y parteras por parto natural,
- Cuidados post natales requeridos por la madre inmediatamente después del parto natural, como suturas, y
- Hasta 7 (siete) días de cuidado rutinario para el recién nacido.

Para esta cobertura no aplica deducible.

⁽¹⁾ No aplica a Corporate Care

⁽²⁾ No aplica a Essential Care



Cesárea

2.8.3 CESÁREA

Esta cobertura tiene un periodo de espera de 10 (diez) meses. Esta cobertura solo aplica para los planes especificados en la Tabla de Coberturas y Beneficios de su Global Ultimate Health Plan. Una vez transcurridos los 10 (diez) meses de cobertura consecutiva bajo la póliza (no aplica continuación de cobertura ni eliminación de periodos de espera), Bupa cubrirá a la asegurada titular o cónyuge o concubina dependiente por gastos de:

- a. Hospital, y
- b. Honorarios del obstetra y otros honorarios médicos relacionados con el costo de parto por cesárea cuando la cesárea sea médicamente necesaria.

Para esta cobertura no aplica deducible. Si la madre y el padre han estado cubiertos por el mismo plan y póliza cumpliendo ambos el periodo de espera de 10 meses, el beneficio máximo de maternidad (parto normal en hospital o cesárea) se incrementará quedando en 23,000 USD.

B) CESÁREA

Esta cobertura tiene un periodo de espera de 10 (diez) meses.

Una vez transcurridos los **10 (diez) meses calendario después de la fecha de inicio de vigencia de la cobertura para la respectiva Asegurada** (no aplica continuación de cobertura ni eliminación de periodos de espera), Bupa cubrirá a la asegurada titular o cónyuge o concubina dependiente por gastos de:

- a. Hospital, y
- b. Honorarios del obstetra y otros honorarios médicos relacionados con el costo de parto por cesárea cuando la cesárea sea médicamente necesaria.

Para esta cobertura no aplica deducible. Si la madre y el padre han estado cubiertos por el mismo plan y póliza cumpliendo ambos el periodo de espera de 10 meses, el beneficio máximo de maternidad (parto normal en hospital o cesárea) se incrementará quedando en 23,000 USD.



Complicaciones de maternidad y parto

2.8.5 COMPLICACIONES DE MATERNIDAD Y PARTO

Esta cobertura tiene un periodo de espera de 10 (diez) meses. Esta cobertura solo aplica para los planes especificados en la Tabla de Coberturas y Beneficios de su Global Ultimate Health Plan. Una vez transcurridos los 10 (diez) meses de cobertura continua bajo la póliza, Bupa cubrirá a la asegurada titular, cónyuge o concubina dependiente por los gastos relacionados con cualquier tratamiento que sea médicamente necesario como resultado directo de complicaciones de maternidad y parto. Para esta cobertura no aplica deducible. Por complicaciones de maternidad y parto o complicaciones del recién nacido durante el parto se entienden aquellas condiciones que solamente surgen como resultado directo del embarazo o parto; por ejemplo:

- a. Preeclampsia,
- b. Amenaza de aborto espontáneo,
- c. Diabetes gestacional,
- d. Muerte del feto o,
- e. Recién nacido.

Este beneficio se encuentra sujeto a autorización previa de Bupa. La asegurada deberá contactar a Bupa para recibir autorización previa si es posible. Si requiere hospitalización de emergencia como resultado directo de complicaciones de maternidad y parto, la asegurada deberá comunicarse con Bupa dentro de las 48 (cuarenta y ocho) horas después de ser hospitalizada.

2.8.1 COMPLICACIONES DE MATERNIDAD Y PARTO

Esta cobertura tiene un periodo de espera de 10 (diez) meses.

Una vez transcurridos los **10 (diez) meses calendario después de la fecha de inicio de vigencia de la cobertura para la respectiva Asegurada**, Bupa cubrirá a la asegurada titular, cónyuge o concubina dependiente por los gastos relacionados con cualquier tratamiento que sea médicamente necesario como resultado directo de complicaciones de maternidad y parto. Para esta cobertura no aplica deducible.

Por complicaciones de maternidad y parto o complicaciones del recién nacido durante el parto se entienden aquellas condiciones que solamente surgen como resultado directo del embarazo o parto; por ejemplo:

- a. Preeclampsia,
- b. Amenaza de aborto espontáneo,
- c. Diabetes gestacional,
- d. Muerte del feto o,
- e. Recién nacido

Esta cobertura tiene un límite máximo de US\$1,500,000 de por vida.

Este beneficio se encuentra sujeto a autorización previa de Bupa. La asegurada deberá contactar a Bupa para recibir autorización previa si es posible.

Si requiere hospitalización de emergencia como resultado directo de complicaciones de maternidad y parto, la asegurada deberá comunicarse con Bupa dentro de las 48 (cuarenta y ocho) horas después de ser hospitalizada.

⁽¹⁾ No aplica a Corporate Care

⁽²⁾ No aplica a Essential Care



Inclusión del recién nacido en la póliza

INCLUSIÓN DEL RECIÉN NACIDO EN LA PÓLIZA

Para que el recién nacido disfrute de cobertura bajo esta póliza sin necesidad de requisitos adicionales de evaluación de riesgo, debe haber nacido de un embarazo cubierto. El asegurado titular deberá presentar dentro de los primeros 90 (noventa) días naturales inmediatos siguientes al parto el acta o certificado de nacimiento que contenga el nombre completo del recién nacido, su sexo, talla y peso, la fecha de su nacimiento y el nombre de los padres. Se requerirá la presentación de una solicitud de seguro individual para gastos médicos mayores para incluir al recién nacido en la póliza, la cual estará sujeta a evaluación de riesgo si:

- El recién nacido no nace de un embarazo cubierto, o
- La notificación no es recibida durante los 90 (noventa) días naturales inmediatos siguientes al parto, o
- Ninguno de los padres ha cumplido los 10 (diez) meses de cobertura continua bajo esta póliza, o
- El recién nacido es adoptado o ha nacido de una maternidad subrogada.
- La póliza no incluye la cobertura de maternidad de acuerdo con el plan contratado y lo especificado en la Tabla de beneficios.



Cobertura provisional del recién nacido

COBERTURA DEL RECIÉN NACIDO

Esta cobertura solo aplica para los planes especificados en la Tabla de Coberturas Beneficios de su Global Ultimate Health Plan. Si nace de un embarazo cubierto, tendrá cobertura provisional automática por cualquier lesión o enfermedad durante los primeros 90 (noventa) días de vida después del parto, sin deducible. El cuidado para el recién nacido saludable solamente está cubierto cuando nace de un embarazo cubierto. La cobertura del recién nacido se extiende a cubrir cualquier lesión o enfermedad que esté presente, siempre y cuando se encuentre amparada por la póliza contratada por el asegurado titular y/o contratante.



Eliminación de maternidad para dependientes

MATERNIDAD PARA DEPENDIENTES

Bupa cubrirá la maternidad para dependientes diferentes a la cónyuge o concubina, asignándole una póliza independiente en la que tendrá la figura de Titular, conservando el mismo plan (producto, suma asegurada y deducible) de la póliza familiar y con forma de pago anual, siempre que cumpla con los siguientes criterios:

- Cumplir con un periodo de aseguramiento continuo e ininterrumpido de 18 (dieciocho) meses en una póliza de Bupa, la cual deberá contar con la cobertura de maternidad. Dicho periodo deberá ser previo a la solicitud de contratación de este beneficio.
- La edad de la dependiente deberá estar en el rango de 20 (veinte) y hasta 24 (veinticuatro) años.
- La notificación y la solicitud para este beneficio deberá realizarse en los primeras 8 (ocho) semanas de gestación.
- Junto con la solicitud, se deberá presentar el estudio de laboratorio de la gonadotropina coriónica en sangre y ultrasonido obstétrico, ambos estudios realizados máximo una semana antes de la solicitud.

INCLUSIÓN DEL RECIÉN NACIDO EN LA PÓLIZA

Para que el recién nacido disfrute de cobertura bajo esta póliza sin necesidad de requisitos adicionales de evaluación de riesgo, debe haber nacido de un embarazo cubierto. El asegurado titular deberá presentar dentro de los primeros 90 (noventa) días naturales inmediatos siguientes al parto el acta o certificado de nacimiento que contenga el nombre completo del recién nacido, su sexo, talla y peso, la fecha de su nacimiento y el nombre de los padres. Se requerirá la presentación de una solicitud de seguro individual para gastos médicos mayores para incluir al recién nacido en la póliza, la cual estará sujeta a evaluación de riesgo si:

- El recién nacido no nace de un embarazo cubierto, o
- La notificación no es recibida durante los 90 (noventa) días naturales inmediatos siguientes al parto, o
- Ninguno de los padres ha cumplido los 10 (diez) meses de cobertura continua bajo esta póliza, o
- El recién nacido es adoptado o ha nacido de una maternidad subrogada.
- La póliza no incluye la cobertura de maternidad de acuerdo con el plan contratado y lo especificado en y lo especificado en [las presentes Condiciones Generales](#).

COBERTURA PROVISIONAL DEL RECIÉN NACIDO

Si nace de un embarazo cubierto, tendrá cobertura provisional automática por cualquier lesión o enfermedad durante los primeros 90 (noventa) días de vida después del parto, sin aplicar deducible. La cobertura del recién nacido se extiende a cubrir cualquier lesión o enfermedad que esté presente, siempre y cuando se encuentre amparada por la póliza contratada por el asegurado titular y/o contratante. **Esta cobertura tiene un límite máximo de US\$150,000.**

Se incluirá en material no contractual TOB.

⁽¹⁾ No aplica a Corporate Care

⁽²⁾ No aplica a Essential Care



Elite y Ultimate

Cláusulas - Coberturas

Antes

Después



Cuidado de enfermero(a) en casa para el recién nacido saludable

CUIDADO DE ENFERMERO(A) EN CASA PARA EL RECIÉN NACIDO SALUDABLE
Esta cobertura solo aplica para los planes especificados en la Tabla de Coberturas y Beneficios de su Global Ultimate Health Plan. Si nace de un embarazo cubierto, el recién nacido saludable tendrá cobertura para cuidados de un(a) enfermero(a) durante las primeras 3 (tres) noches en casa, como parte del beneficio de maternidad especificado en su Tabla de Coberturas y Beneficios.

CUIDADO DE ENFERMERO(A) EN CASA PARA EL RECIÉN NACIDO SALUDABLE
Si nace de un embarazo cubierto, el recién nacido saludable tendrá cobertura para cuidados de un(a) enfermero(a) durante las primeras 3 (tres) noches en casa, **con un monto de US\$60 por noche** como parte del beneficio de maternidad especificado en **las presentes Condiciones Generales**.



Prima Cero para hijos dependientes

Cobertura prima cero para hasta tres hijos nacidos durante la vigencia de la póliza podrán incluirse en la póliza exentándose las primas correspondientes a su año de nacimiento y las primas correspondientes a las siguientes 15 (quince) renovaciones subsecuentes, siempre que la póliza se mantenga en vigor con al menos uno de los padres como integrante de la póliza y el plan cuente con un deducible de US\$0 o US\$1,000.00.

Cobertura prima cero para hasta tres hijos nacidos durante la vigencia de la póliza podrán incluirse en la póliza exentándose las primas correspondientes a su año de nacimiento y las primas correspondientes **a las siguientes 15 (quince) renovaciones subsecuentes**, siempre que la póliza se mantenga en vigor con al menos uno de los padres como integrante de la póliza y el plan cuente con un deducible de US\$0 o US\$1,000.00.
Esta cobertura aplica para los primeros 3 (tres) hijos nacidos bajo un embarazo cubierto. Una vez terminado el ciclo de 15 (quince) renovaciones de alguno de los hijos, podrá incluirse en este beneficio otro hijo, que comenzará un nuevo ciclo de 15 (quince) renovaciones sin prima. A partir del cuarto hijo, se deberá pagar la prima correspondiente.

Corporate Care

Cláusulas - Coberturas

Antes

Después



Membresía

El condicionado hacía referencia a "membresía".

Se realiza la corrección a quedar "Certificado de cobertura".

Bupa México

www.bupalud.com.mx

