



Tabla MiBupa Primer@+Módulo Base 2024

TABLA DE COBERTURAS

| | |
|--|---|
| NOMBRE DEL PLAN: | MiBupa Primer@ |
| TIPO DE PLAN: | INDIVIDUAL |
| MODALIDAD: | MIXTA |
| TIPO DE DEDUCIBLE. | POR PERSONA |
| VALOR DEL DEDUCIBLE. | US\$100 |
| MONTO MÁXIMO DE COBERTURA POR ASEGURADO POR INCAPACIDAD Y POR AÑO PÓLIZA: (Aplicará el acumulado de todos los gastos realizados por un mismo asegurado durante su año de vigencia). | US\$35.000 |
| COBERTURA GEOGRÁFICA. | ECUADOR |
| NOMBRE DEL TARIFARIO APLICABLE. | TARIFARIO BASE (basado en Mc Graw Hill - 40%) |
| | PRESTACIONES DE PREVENCIÓN PRIMARIA: Tarifario Nacional |

FINANCIAMIENTO/ COBERTURAS/ PRESTACIONES SANITARIAS

| PRESTACIONES SANITARIAS Beneficios amparados en la cobertura. | RED CERRADA | | | RED ABIERTA | | |
|--|-------------|--|----------|-------------|--|----------|
| | COPAGO | SUB-LÍMITES / TOPES MÁXIMOS DE COBERTURA | CARENCIA | COPAGO | SUB-LÍMITES / TOPES MÁXIMOS DE COBERTURA | CARENCIA |

COBERTURA AMBULATORIA

| | | | | | | |
|--|--------------------------------|---|---------|-----|---|---------|
| Visitas a médicos y especialistas. | N/A | | | 10% | US\$50 por consulta | 30 días |
| Visitas a médicos y especialistas. • Red Preferida Bupa y valor de Fee administrativo por visita, disponible en la Compañía o en su página de Internet: www.bupasalud.com.ec N/A coaseguro ni deducible. | Fee administrativo por visita. | Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario. | 30 días | N/A | | |
| Cirugía ambulatoria. | 10% | Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario. | 30 días | 30% | Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario. | 30 días |
| Medicamentos Genéricos por receta. | 10% | Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario. | 30 días | 10% | Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario. | 30 días |
| Medicamentos de Marca por receta. | 30% | Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario. | 30 días | 30% | Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario. | 30 días |

COBERTURA AMBULATORIA (continuación)

| | | | | | | |
|---|--------------------------------|---|----------|-----|---|---------|
| Consultas por medicina alternativa y ancestral. Incluye tratamiento con profesionales calificados en naturopatía, homeopatía y medicina china debidamente registrados para ejercer en el país donde se recibe el tratamiento. Incluye medicamentos por receta. | | N/A | | 30% | Máximo 4 visitas por año póliza hasta US\$50 c/u. | 30 días |
| Salud mental en ambulatorio (psiquiatra, psicólogo o psicoterapeuta). • Red Preferida Bupa y valor de Fee administrativo por visita, disponible en la Compañía o en su página de Internet: www.bupasalud.com.ec N/A coaseguro ni deducible. | Fee administrativo por visita. | Máximo 6 sesiones por persona y por año póliza. | 30 días | N/A | | |
| Fisioterapia/rehabilitación (debe ser pre-aprobada) incluye: Terapias físicas, cardíacas y respiratorias. • Red Preferida Bupa y valor de Fee administrativo por visita, disponible en la Compañía o en su página de Internet: www.bupasalud.com.ec Solo en red cerrada N/A coaseguro ni deducible. | Fee administrativo por visita. | Máximo 16 sesiones por persona y por año póliza. | 30 días | 10% | Máximo 16 visitas por año póliza hasta US\$15 c/u. | 30 días |
| Terapia de lenguaje (debe ser pre-aprobada). | N/A | | | 10% | US\$50 | 30 días |
| Servicios de diagnóstico dentro del protocolo. | 10% | Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario. | 30 días | 30% | Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario. | 30 días |
| Diálisis y Hemodiálisis. | 10% | Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario. | 30 días | 30% | Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario. | 30 días |
| Médico a domicilio. • Red Preferida Bupa y valor de Fee administrativo por visita, disponible en la Compañía o en su página de Internet: www.bupasalud.com.ec N/A coaseguro ni deducible. | Fee administrativo por visita. | Máximo 20 visitas por año póliza. | 30 días | N/A | | |
| ATENCIÓN PRE-HOSPITALARIA | | | | | | |
| Evacuación de emergencia. • Ambulancia aérea, por año póliza (debe ser pre-aprobada) | 10% | US\$2,000 | 24 horas | N/A | | |
| Evacuación de emergencia. • Ambulancia terrestre. | 10% | US\$150 | 24 horas | N/A | | |

COBERTURA HOSPITALARIA

| | | | | | | |
|---|-----|--|---------|-----|--|---------|
| Servicios y atenciones hospitalarias. | 10% | Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario. | 90 días | 30% | Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario. | 90 días |
| Habitación y alimentación (privada/semiprivada). | 10% | US\$100 por día. | 90 días | 30% | US\$100 por día. | 90 días |
| Cama y alimentación para un acompañante en niños y personas mayores de 75 años. | 10% | US\$100 por día. | 90 días | 30% | US\$100 por día. | 90 días |
| Unidad de cuidados intensivos. | 10% | Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario. | 90 días | 30% | Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario. | 90 días |
| Honorarios del médico/cirujano. | 10% | Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario. | 90 días | 30% | Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario. | 90 días |
| Honorarios del anestesista. | 10% | Hasta el 35% de los honorarios del Cirujano Principal. | 90 días | 30% | Hasta el 35% de los honorarios del Cirujano Principal. | 90 días |
| Honorarios del médico/cirujano asistente. | 10% | Hasta el 30% de los honorarios del Cirujano Principal. | 90 días | 30% | Hasta el 30% de los honorarios del Cirujano Principal. | 90 días |
| Servicios de diagnóstico dentro del protocolo. | 10% | Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario. | 90 días | 30% | Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario. | 90 días |
| Laboratorio clínico, imagen y estudios anatomopatológicos. | 10% | Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario. | 90 días | 30% | Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario. | 90 días |
| Medicamentos intrahospitalarios. | 10% | Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario. | 90 días | 30% | Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario. | 90 días |
| Insumos y dispositivos médicos. | 10% | Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario. | 90 días | 30% | Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario. | 90 días |
| Rehabilitación intra-hospitalaria. | 10% | Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario. | 90 días | 30% | Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario. | 90 días |
| Apoyo Psicológico durante estancia intrahospitalaria. | 10% | Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario. | 90 días | 30% | Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario. | 90 días |
| Prótesis e implantes no dentales. | 10% | Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario. | 90 días | 30% | Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario. | 90 días |

| COBERTURA DE MATERNIDAD | | | | | | |
|--|-----|---|---|-----|---|---|
| Cuidado de maternidad, por embarazo (incluye parto normal, parto por cesárea y todo tratamiento pre- y post-natal, así como también el almacenamiento de sangre del cordón umbilical. • Red Preferida Bupa y valor de Fee administrativo por visita, disponible en la Compañía o en su página de Internet: www.bupasalud.com.ec. • N/A deducible ni coaseguro. | 0% | US\$1,800 | 60 días | 30% | US\$1,800 | 60 días |
| Complicaciones de maternidad, parto y del recién nacido. • N/A deducible ni coaseguro. | 0% | US\$5,000 | 60 días | 30% | US\$5,000 | 60 días |
| COBERTURAS OBLIGATORIAS | | | | | | |
| Enfermedades crónicas y catastróficas sobrevinientes. | 10% | Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario. | 30 días ambulatorio 90 días hospitalario | 30% | Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario. | 30 días ambulatorio 90 días hospitalario |
| Tratamiento médico de emergencia. | 10% | Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario. | 24 horas | 30% | US\$500 | 24 horas |
| Tratamiento médico de emergencia por accidente. | 0% | Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario. | 24 horas | 30% | US\$500 | 24 horas |
| Tratamiento médico de emergencia, incluidas emergencias por accidente, en casos de mora en contraprestaciones económicas. | 10% | US\$500 | 24 horas | 30% | US\$500 | 24 horas |
| Prestaciones de prevención primaria incluidas en tarifa cero. El detalle de las coberturas de esta prestación se encuentra en las Condiciones Generales de esta Póliza. • N/A deducible ni coaseguro. | 0% | De acuerdo al Tarifario Nacional | 30 días | N/A | | |
| Otras que determine la Autoridad Sanitaria. | 10% | US\$1,800 | 30 días | 30% | US\$1,800 | 30 días |
| OTRAS COBERTURAS | | | | | | |
| Condiciones congénitas y/o hereditarias. | 10% | Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario. | 30 días ambulatorio 90 días hospitalario | 30% | Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario. | 30 días ambulatorio 90 días hospitalario |

OTRAS COBERTURAS (continuación)

| | | | | | | |
|--|-----|---|---------|-----|---|---------|
| Tratamiento integral del cáncer y rehabilitación. | 10% | Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario. | 90 días | 30% | Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario. | 90 días |
| Trasplante: La Compañía cubrirá los gastos que correspondan a los procesos de pre trasplante, trasplante y post trasplante, las complicaciones médicas que se derivaren de dichos procesos, necesarios para atender al donante y al receptor. | 10% | Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario. | 90 días | 30% | Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario. | 90 días |
| Prótesis y aparatos ortopédicos. | 10% | Hasta US\$10,000 | 90 días | 30% | Hasta US\$10,000 | 90 días |
| Deformidad de la nariz y del tabique nasal (cobertura por casos de accidente y ser médicamente necesario). | 10% | US\$1,000 | 90 días | 30% | US\$1,000 | 90 días |

BENEFICIOS ADICIONALES

| | | | | | | |
|---|-----|-----------------------------|---|-----|-----------------------------|---|
| Control niño sano: Consultas, 12 visitas durante el primer año de edad, 6 visitas hasta los 2 años de edad, posterior 2 visitas al año hasta los 5 años. (Incluye vacunas aprobadas por el MSP). | 10% | US\$50 por visita | 30 días | 30% | US\$50 por visita | 30 días |
| Operación exímer laser. | 10% | Hasta US\$800 por cada ojo. | 90 días | 30% | Hasta US\$800 por cada ojo. | 90 días |
| Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). | 10% | Hasta US\$10,000 | 30 días ambulatorio 90 días hospitalario | 30% | Hasta US\$10.000 | 30 días ambulatorio 90 días hospitalario |
| Pap test como control. | 10% | Hasta US\$30 | 90 días | 30% | Hasta US\$30 | 90 días |
| Mamografía. | 10% | Hasta US\$50 | 90 días | 30% | Hasta US\$50 | 90 días |
| Antígeno Prostático. | 10% | Hasta US\$30 | 90 días | 30% | Hasta US\$30 | 90 días |
| Medias Elásticas. Siempre y cuando sean parte del tratamiento de una incapacidad. | 10% | Hasta US\$50 | 90 días | 30% | Hasta US\$50 | 90 días |
| Plantillas y zapatos ortopédicos. Ajuste del zapato normal. | 10% | Hasta US\$50 | 90 días | 30% | Hasta US\$50 | 90 días |
| Servicios exequiales, sin costo de prima adicional. • Aplica únicamente en Red Preferida Bupa, disponible en la Compañía o en su página de Internet: www.bupalud.com.ec | 0% | US\$1,800 | N/A | | N/A | |

PROHIBICIÓN A LAS EXCLUSIONES

| | | | | | | |
|---|-----|---|---|-----|---------------------------------|---|
| Tratamiento dental de emergencia a consecuencia de un accidente. | 10% | Hasta US\$ 500 | 24 horas | 30% | Hasta US\$500 | 24 horas |
| Cuidados paliativos. | 10% | US\$50 por día, máximo 15 días | 90 días | 30% | US\$50 por día, máximo 15 días. | 90 días |
| Enfermedades de transmisión sexual. | 10% | US\$50 | 30 días ambulatorio 90 días hospitalario | N/A | | |
| Métodos anticonceptivos temporales. | 10% | US\$50 | 90 días | 30% | US\$50 | 90 días |
| Ligadura y vasectomía. | 10% | Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario. | 90 días | N/A | | |
| Atención integral a personas con problemas de malnutrición incluye medicamentos suplementarios y vitaminas. | 10% | US\$50 | 30 días ambulatorio 90 días hospitalario | 30% | US\$50 | 30 días ambulatorio 90 días hospitalario |
| Sucedáneos de leche materna para fines médicos (leches medicadas) Para niños menores de 2 años siempre y cuando sea parte del tratamiento de una incapacidad. | 10% | Hasta US\$150 | 90 días | 30% | Hasta US\$150 | 90 días |
| Cirugía Reconstructiva o Correctiva (debe ser pre-aprobada). | 10% | Hasta US\$2,000 | 90 días | N/A | | |
| Incapacidades provenientes del uso de alcohol, drogas o estupefacientes. | 10% | Hasta US\$250 | 90 días | 30% | Hasta US\$250 | 90 días |
| Medicamentos suplementarios y vitaminas (siempre y cuando sea parte del tratamiento de una incapacidad). | 10% | US\$50 | 30 días | 30% | US\$50 | 30 días |

PREEXISTENCIAS

| | | | | | | |
|--|----------------------------|--|----------|---------------------------|--|----------|
| Mejora de la Cobertura de Condiciones preexistentes. | De acuerdo a la cobertura. | Hasta US\$700 unificados por año póliza, aplicando los límites de cada beneficio. | 12 meses | De acuerdo a la cobertura | Hasta US\$700 unificados por año póliza, aplicando los límites de cada beneficio. | 12 meses |
| Condiciones preexistentes Beneficio de ley para condiciones preexistentes, de acuerdo a lo especificado en las Condiciones Generales de esta póliza. | De acuerdo a la cobertura. | Hasta 20 salario básicos unificados por año póliza, aplicando los límites de cada beneficio. | 24 meses | De acuerdo a la cobertura | Hasta 20 salario básicos unificados por año póliza, aplicando los límites de cada beneficio. | 24 meses |

DISCAPACIDAD

| | | | | | | |
|---|----------------------------|--|---------|---------------------------|--|---------|
| Cobertura para personas con discapacidad. Beneficio de ley para condiciones preexistentes, de acuerdo a lo especificado en las Condiciones Generales de esta póliza. | De acuerdo a la cobertura. | Hasta 20 salario básicos unificados por año póliza, aplicando los límites de cada beneficio. | 3 meses | De acuerdo a la cobertura | Hasta 20 salario básicos unificados por año póliza, aplicando los límites de cada beneficio. | 3 meses |
|---|----------------------------|--|---------|---------------------------|--|---------|

Código de Aprobación ACESS N°: 012-010-146

Ligado al Contrato ACESS N°: 012-SI7-2021

El Contratante y/o Asegurado Principal podrá solicitar a la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros la verificación de este texto.
Nota: La Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros para efectos de control asignó a la presente Tabla de Coberturas el registro No. 58175, con oficio No. SCVS-IRCVSQ-DRS-2024-00099944-O del 28 de agosto de 2024.



Bupa Ecuador S.A.
Compañía de Seguros

Quito, Av. República de El Salvador N34-229 y Moscú,
Ed. San Salvador, Piso 3
Tel (593-2) 4018945