



Tabla MiBupa Optim@+Módulo Completa 2021

**TABLA DE COBERTURAS**

|                                                                                                                                                                                        |                                                         |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| NOMBRE DEL PLAN:                                                                                                                                                                       | MiBupa Optim@                                           |
| 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:<br>(Aplicará el acumulado de todos los gastos realizados por un mismo asegurado durante su año de vigencia). | US\$55.000                                              |
| 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<br>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.<br>• Red Preferida Bupa y valor de Fee administrativo por visita, disponible en la Compañía o en su página de Internet: <a href="http://www.bupasalud.com.ec">www.bupasalud.com.ec</a><br>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).<br>• Red Preferida Bupa y valor de Fee administrativo por visita, disponible en la Compañía o en su página de Internet: www.bupasalud.com.ec<br>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.<br>• Red Preferida Bupa y valor de Fee administrativo por visita, disponible en la Compañía o en su página de Internet: www.bupasalud.com.ec<br>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.<br>• Red Preferida Bupa y valor de Fee administrativo por visita, disponible en la Compañía o en su página de Internet: www.bupasalud.com.ec<br>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.<br>• Ambulancia aérea, por año póliza (debe ser pre-aprobada)                                                                                                                                                                                                                   | 10%                            | US\$3,000                                           | 24 hours | Beneficio exclusivo Red Cerrada. |                                                     |         |
| Evacuación de emergencia.<br>• Ambulancia terrestre.                                                                                                                                                                                                                                                      | 10%                            | US\$150                                             | 24 hours | 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 anestesta.                                                       | 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 |
| Protesis 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). <ul style="list-style-type: none"> <li>Red Preferida Bupa y valor de Fee administrativo por visita, disponible en la Compañía o en su página de Internet: <a href="http://www.bupasalud.com.ec">www.bupasalud.com.ec</a>.</li> <li>N/A deducible ni coaseguro.</li> </ul> | 0%  | US\$2,500                                           | 60 días                                     | 20% | US\$2,500                                           | 60 días                                     |
| Complicaciones de maternidad, parto y del recién nacido. <ul style="list-style-type: none"> <li>N/A deducible ni coaseguro.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 0%  | US\$10,000                                          | 60 días                                     | 20% | US\$10,000                                          | 60 días                                     |
| COBERTURAS OBLIGATORIAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |     |                                                     |                                             |     |                                                     |                                             |
| Enfermedades crónicas y catastróficas sobrevinientes.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 10% | Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario. | 30 días ambulatorio<br>90 días hospitalario | 20% | Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario. | 30 días ambulatorio<br>90 días hospitalario |
| Tratamiento médico de emergencia.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 10% | Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario. | 24 horas                                    | 20% | US\$500                                             | 24 horas                                    |
| Tratamiento médico de emergencia por accidente.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 0%  | Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario. | 24 horas                                    | 20% | US\$500                                             | 24 horas                                    |
| Tratamiento médico de emergencia, incluidas emergencias por accidente, en casos de mora en contraprestaciones económicas.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 10% | US\$500                                             | 24 horas                                    | 20% | 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. <ul style="list-style-type: none"> <li>N/A deducible ni coaseguro.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                            | 0%  | De acuerdo al Tarifario Nacional                    | 30 días                                     | N/A |                                                     |                                             |
| Otras que determine la Autoridad Sanitaria.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 10% | US\$2,500                                           | 30 días                                     | 20% | US\$2,500                                           | 30 días                                     |
| OTRAS COBERTURAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |     |                                                     |                                             |     |                                                     |                                             |
| Condiciones congénitas y/o hereditarias.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 10% | Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario. | 30 días ambulatorio<br>90 días hospitalario | 20% | Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario. | 30 días ambulatorio<br>90 días hospitalario |

| OTRAS COBERTURAS (continuación)                                                                                                                                                                                                                  |     |                                                     |                                             |     |                                                     |                                             |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----------------------------------------------------|---------------------------------------------|-----|-----------------------------------------------------|---------------------------------------------|
| Tratamiento integral del cáncer y rehabilitación.                                                                                                                                                                                                | 10% | Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario. | 90 días                                     | 20% | Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario. | 90 días                                     |
| Trasplante:<br>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                                     | 20% | Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario. | 90 días                                     |
| Prótesis y aparatos ortopédicos.                                                                                                                                                                                                                 | 10% | Hasta US\$15,000                                    | 90 días                                     | 20% | Hasta US\$15,000                                    | 90 días                                     |
| Deformidad de la nariz y del tabique nasal (cobertura por casos de accidente y ser médicamente necesario).                                                                                                                                       | 10% | US\$2,000                                           | 90 días                                     | 20% | US\$2,000                                           | 90 días                                     |
| BENEFICIOS ADICIONALES                                                                                                                                                                                                                           |     |                                                     |                                             |     |                                                     |                                             |
| Control niño sano:<br>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\$70 por visita                                   | 30 días                                     | 20% | US\$70 por visita                                   | 30 días                                     |
| Operación exímer laser.                                                                                                                                                                                                                          | 10% | Hasta US\$1,000 por cada ojo.                       | 90 días                                     | 20% | Hasta US\$1,000 por cada ojo.                       | 90 días                                     |
| Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA).                                                                                                                                                                                                  | 10% | Hasta US\$10,000                                    | 30 días ambulatorio<br>90 días hospitalario | 20% | Hasta US\$10.000                                    | 30 días ambulatorio<br>90 días hospitalario |
| Pap test como control.                                                                                                                                                                                                                           | 10% | Hasta US\$50                                        | 90 días                                     | 20% | Hasta US\$50                                        | 90 días                                     |
| Mamografía.                                                                                                                                                                                                                                      | 10% | Hasta US\$50                                        | 90 días                                     | 20% | Hasta US\$50                                        | 90 días                                     |
| Antígeno Prostático.                                                                                                                                                                                                                             | 10% | Hasta US\$50                                        | 90 días                                     | 20% | Hasta US\$50                                        | 90 días                                     |
| Medias Elásticas.<br>Siempre y cuando sean parte del tratamiento de una incapacidad.                                                                                                                                                             | 10% | Hasta US\$50                                        | 90 días                                     | 20% | Hasta US\$50                                        | 90 días                                     |
| Plantillas y zapatos ortopédicos.<br>Ajuste del zapato normal.                                                                                                                                                                                   | 10% | Hasta US\$50                                        | 90 días                                     | 20% | Hasta US\$50                                        | 90 días                                     |
| Servicios exequiales, sin costo de prima adicional.<br>• Aplica únicamente en Red Preferida Bupa, disponible en la Compañía o en su página de Internet: <a href="http://www.bupasalud.com.ec">www.bupasalud.com.ec</a>                           | 0%  | US\$2,200                                           | N/A                                         | N/A |                                                     |                                             |

| PROHIBICIÓN A LAS EXCLUSIONES                                                                                                                                  |                            |                                                                                              |                                             |                                  |                                                                                              |                                             |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|
| Tratamiento dental de emergencia a consecuencia de un accidente.                                                                                               | 10%                        | Hasta US\$ 700                                                                               | 24 horas                                    | 20%                              | Hasta US\$ 700                                                                               | 24 horas                                    |
| Cuidados paliativos.                                                                                                                                           | 10%                        | US\$70 por día, máximo 20 días                                                               | 90 días                                     | 20%                              | US\$70 por día, máximo 20 días.                                                              | 90 días                                     |
| Enfermedades de transmisión sexual.                                                                                                                            | 10%                        | US\$70                                                                                       | 30 días ambulatorio<br>90 días hospitalario | Beneficio exclusivo Red Cerrada. |                                                                                              |                                             |
| Métodos anticonceptivos temporales y permanentes.                                                                                                              | 10%                        | US\$70                                                                                       | 90 días                                     | 20%                              | US\$70                                                                                       | 90 días                                     |
| Ligadura y vasectomía.                                                                                                                                         | 10%                        | Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario.                                          | 90 días                                     | 20%                              | Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario.                                          | 90 días                                     |
| Atención integral a personas con problemas de malnutrición incluye medicamentos suplementarios y vitaminas.                                                    | 10%                        | US\$70                                                                                       | 30 días ambulatorio<br>90 días hospitalario | 20%                              | US\$70                                                                                       | 30 días ambulatorio<br>90 días hospitalario |
| Suscedáneos 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\$200                                                                                | 90 días                                     | 20%                              | Hasta US\$200                                                                                | 90 días                                     |
| Cirugía Reconstructiva o Correctiva(debe ser pre-aprobada).                                                                                                    | 10%                        | Hasta US\$2,000                                                                              | 90 días                                     | 20%                              | Hasta US\$2,000                                                                              | 90 días                                     |
| Incapacidades provenientes del uso de alcohol, drogas o estupefacientes.                                                                                       | 10%                        | Hasta US\$250                                                                                | 90 días                                     | 20%                              | Hasta US\$250                                                                                | 90 días                                     |
| Medicamentos suplementarios y vitaminas (siempre y cuando sea parte del tratamiento de una incapacidad).                                                       | 10%                        | US\$50                                                                                       | 30 días                                     | 20%                              | US\$50                                                                                       | 30 días                                     |
| PREEXISTENCIAS                                                                                                                                                 |                            |                                                                                              |                                             |                                  |                                                                                              |                                             |
| Mejora de la Cobertura de Condiciones preexistentes.                                                                                                           | De acuerdo a la cobertura. | Hasta US\$1.000 unificados por año póliza, aplicando los límites de cada beneficio.          | 12 meses                                    | De acuerdo a la cobertura        | Hasta US\$1.000 unificados por año póliza, aplicando los límites de cada beneficio.          | 12 meses                                    |
| Condiciones preexistentes<br>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**

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°: 012-010-147**

**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. 54623, con oficio No. SCVS-IRQ-DRS-2022-00021777-O del 7 de abril de 2022.

## TABLA DEL ANEXO

|                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                    |                                                     |          |             |                                                     |          |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|----------|-------------|-----------------------------------------------------|----------|
| NOMBRE DEL ANEXO:                                                                                                                                                                                                                                              | ANEXO DE CAMBIO DE TARIFARIO COMPLETA                                              |                                                     |          |             |                                                     |          |
| TIPO DE PLAN:                                                                                                                                                                                                                                                  | APLICABLE A LOS PLANES INDIVIDUALES: MiBupa Primer@, MiBupa Optim@, MiBupa Suprem@ |                                                     |          |             |                                                     |          |
| MODALIDAD:                                                                                                                                                                                                                                                     | MIXTA                                                                              |                                                     |          |             |                                                     |          |
| TIPO DE DEDUCIBLE.                                                                                                                                                                                                                                             | POR PERSONA                                                                        |                                                     |          |             |                                                     |          |
| VALOR DEL DEDUCIBLE.                                                                                                                                                                                                                                           | US\$100                                                                            |                                                     |          |             |                                                     |          |
| MONTO MÁXIMO DE COBERTURA POR ASEGURADO:<br>(Aplicará el acumulado de todos los gastos realizados por un mismo asegurado durante su año de vigencia).                                                                                                          | De acuerdo al plan contratado.                                                     |                                                     |          |             |                                                     |          |
| COBERTURA GEOGRÁFICA.                                                                                                                                                                                                                                          | ECUADOR                                                                            |                                                     |          |             |                                                     |          |
| NOMBRE DEL TARIFARIO APLICABLE.                                                                                                                                                                                                                                | TARIFARIO COMPLETA (basado en Mc Graw Hill)                                        |                                                     |          |             |                                                     |          |
|                                                                                                                                                                                                                                                                | PRESTACIONES DE PREVENCIÓN PRIMARIA: Tarifario Nacional                            |                                                     |          |             |                                                     |          |
| FINANCIAMIENTO/ COBERTURAS/ PRESTACIONES SANITARIAS                                                                                                                                                                                                            |                                                                                    |                                                     |          |             |                                                     |          |
| COBERTURAS ADICIONALES CON AUMENTO EN LA PRIMA                                                                                                                                                                                                                 | 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\$80 por consulta                                 | 30 días  |
| Cirugía ambulatoria.                                                                                                                                                                                                                                           | N/A                                                                                |                                                     |          | 10%         | Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario. | 30 días  |
| Medicamentos de Marca por receta.                                                                                                                                                                                                                              | 10%                                                                                | Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario. | 30 días  | 10%         | Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario. | 30 días  |
| 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                                                                                |                                                     |          | 10%         | Máximo 10 visitas por año póliza hasta US\$50 c/u.  | 30 días  |
| Salud mental en ambulatorio (psiquiatra, psicólogo o psicoterapeuta).<br>• Red Preferida Bupa y valor de Fee administrativo por visita, disponible en la Compañía o en su página de Internet: www.bupasalud.com.ec<br>N/A coaseguro ni deducible.              | Fee administrativo por visita.                                                     | Máximo 12 sesiones por persona y por año póliza.    | 30 días  | N/A         |                                                     |          |

### COBERTURA AMBULATORIA (continuación)

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                |                                                  |         |     |                                                     |         |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------------------|---------|-----|-----------------------------------------------------|---------|
| Fisioterapia/rehabilitación (debe ser pre-aprobada) incluye: Terapias físicas, cardíacas y respiratorias.<br>• Red Preferida Bupa y valor de Fee administrativo por visita, disponible en la Compañía o en su página de Internet: <a href="http://www.bupasalud.com.ec">www.bupasalud.com.ec</a><br>Solo en red cerrada N/A coaseguro ni deducible. | Fee administrativo por visita. | Máximo 25 sesiones por persona y por año póliza. | 30 días | 10% | Máximo 25 visitas por año póliza hasta US\$30 c/u.  | 30 días |
| Servicios de diagnóstico dentro del protocolo.                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | N/A                            |                                                  |         | 10% | Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario. | 30 días |
| Diálisis y Hemodiálisis.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | N/A                            |                                                  |         | 10% | Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario. | 30 días |

### COBERTURA HOSPITALARIA

|                                                                                 |     |                  |         |     |                                                        |         |
|---------------------------------------------------------------------------------|-----|------------------|---------|-----|--------------------------------------------------------|---------|
| Servicios y atenciones hospitalarias.                                           | N/A |                  |         | 10% | Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario.    | 90 días |
| Habitación y alimentación (privada/ semiprivada).                               | 10% | US\$220 por día. | 90 días | 10% | US\$220 por día.                                       | 90 días |
| Cama y alimentación para un acompañante en niños y personas mayores de 75 años. | 10% | US\$220 por día. | 90 días | 10% | US\$220 por día.                                       | 90 días |
| Unidad de cuidados intensivos.                                                  | N/A |                  |         | 10% | Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario.    | 90 días |
| Honorarios del médico/cirujano.                                                 | N/A |                  |         | 10% | Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario.    | 90 días |
| Honorarios del anestesista.                                                     | N/A |                  |         | 10% | Hasta el 35% de los honorarios del Cirujano Principal. | 90 días |
| Honorarios del médico/cirujano asistente.                                       | N/A |                  |         | 10% | Hasta el 30% de los honorarios del Cirujano Principal. | 90 días |
| Servicios de diagnóstico dentro del protocolo.                                  | N/A |                  |         | 10% | Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario.    | 90 días |
| Laboratorio clínico, imagen y estudios anatomopatológicos.                      | N/A |                  |         | 10% | Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario.    | 90 días |

**COBERTURA HOSPITALARIA (continuación)**

|                                                       |     |     |                                                     |         |
|-------------------------------------------------------|-----|-----|-----------------------------------------------------|---------|
| Medicamentos intrahospitalarios.                      | N/A | 10% | Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario. | 90 días |
| Insumos y dispositivos médicos.                       | N/A | 10% | Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario. | 90 días |
| Rehabilitación intra-hospitalaria.                    | N/A | 10% | Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario. | 90 días |
| Apoyo Psicológico durante estancia intrahospitalaria. | N/A | 10% | Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario. | 90 días |
| Protesis e implantes no dentales.                     | N/A | 10% | Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario. | 90 días |

Código de Aprobación ACESS N°: 012-060-004

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 al presente Anexo el registro No. 54617, con oficio No. SCVS-IRQ-DRS-2022-00021777-O del 7 de abril de 2022.



**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) 3965600