HDI SEGUROS, S.A. DE C.V.
Tabla de Beneficios
Médica Total Plus

Aspectos importantes a considerar con respecto a los beneficios cubiertos por su plan Médica Total Plus

PROVEEDORES EN CONVENIO

En la República Mexicana	Libre elección de proveedores médicos en la zona geográfica de cobertura elegida en el momento de contratación, siempre dentro del territorio nacional. El coaseguro aplicable podrá variar en función de la zona geográfica de cobertura contratada, tal y como se detalla más adelante en la sección condiciones de contratación.

Fuera del territorio nacional, la Póliza Médica Total Plus no proporciona cobertura.

NOTIFICACIÓN A **LA COMPAÑÍA**

Se recomienda que el asegurado notifique a la Compañía o al administrador de reclamos de la misma, Bupa Servicios de Evaluación Médica por lo menos 72 (setenta y dos) horas antes de recibir cualquier cuidado médico.

Se recomienda notificar el tratamiento de amergencia dentro de las 48 (cuarenta y ocho) horas siguientes al inicio de dicho tratamiento. Algunos beneficios requieren notificación obligatoria por lo que el asegurado deberá consultar la sección de Beneficios Cubiertos en la presente Tabla de Coberturas y Beneficios de su Plan.

La eliminación de deducible por accidente, procederá siempre y cuando el asegurado haya recibido la atención médica o haya erogado algún gasto dentro de los primeros ocho días naturales inmediatos posteriores al accidente y este sea medicamente catalogado como tal. De lo contrario no procederá este beneficio y será obligatorio cubrir el deducible conforme a Condiciones Generales.

Cualquier notificación a la compañía o a Bupa Servicios de Evaluación Médica, deberá hacerse mediante los teléfonos o correos electrónicos previstos en las Condiciones Generales.

NOTIFICACIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA: el asegurado deberá contactar a La Compañía a través de la administradora de servicios Bupa Servicios de Evaluación Médica, por lo menos 72 (setenta y dos) horas antes de recibir cualquier cuidado médico y/o tratamiento, ya sea dentro o fuera de los hospitales y/o proveedores en convenio con La Compañía para los siguientes padecimientos:

ïò Tratamiento oncológico.
îò Hospitalización mayor a 48 (cuarenta y ocho) horas.
íò Cirugía.
4. Cirugía ambulatoria.
5. Compra de extremidades artificiales.
6. Deformidad de nariz y septo nasal por accidente.
7. Complicaciones del embarazo y perinatales.
8. Padecimientos congénitos.
9. Tratamientos para el VIH, SIDA y ARC.
10. Cuidados médico en el hogar: home care.
11. Transplante de órganos, médula ósea, células madre y otros procedimientos.
12. Ambulancia aérea.
13. Tratamientos y medicamentos altamente especializados (mayor a US$1,000 (mil dólares americanos)).
14. Cirugías que impliquen prótesis ortopédicas y/u ortesis.
15. Aparatos electrónicos electromecánicos y/o implantes

HDI SEGUROS, S.A. DE C.V. y BUPA MÉXICO COMPAÑÍA DE SEGUROS, S.A. DE C.V. participan a través de una operación de coaseguro, por lo que en lo sucesivo, para el contrato de seguro y su documentación contractual, se les denominará en conjunto como "La Compañía", o bien como "HDI SEGUROS" o como "BUPA", según corresponda a la atención brindada por cada institución.

16. Bombas de insulina y o dispositivos biónicos o biotecnológicos.
17. Hemodiálisis.
18. Cirugías que impliquen arrendamiento de equipos NO suministrados por el hospital de atención.
19. Compra de insumos de venta en el extranjero y/o que se requiera su importación (solo cuando la autoridad local ya haya autorizado su uso).

Si el asegurado no notifica a La Compañía a través de Bupa Servicios de Evaluación Médica como se ha establecido previamente, será responsable por el 20% (veinte por ciento) de todos los gastos cubiertos de médicos y hospitales relacionados con el reclamo, además del deducible y coaseguro correspondientes.

En caso de requerir tratamiento médico de emergencia, el asegurado deberá efectuar la notificación respectiva dentro de las 48 (cuarenta y ocho) horas siguientes al inicio del tratamiento a dictamen@bupa.com.mx

PERIODOS DE ESPERA
Esta **póliza** cuenta con **periodos de espera** a partir de la **fecha efectiva de la póliza** descritos en la tabla a continuación. Sin embargo, estos **periodos de espera** no aplican cuando se trate de accidentes que, habiendo causado una **lesión** demostrable, hagan necesaria una **hospitalización** inmediata, como (a) politraumatismos, (b) **enfermedades** agudas de origen infeccioso, y (c) infartos y **enfermedades** cerebrovasculares, siempre y cuando no se encuentren relacionadas con un **padecimiento preexistent**e o una exclusión. 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 un órgano vital, por acuerdo mutuo entre el médico tratante y el consultor **médico** de La Compañía.

PERIODOS DE ESPERA	
Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). **No aplica la reducción o eliminación de los periodos de espera.**	36 meses
Padecimientos de rodilla, ácido-pépticos, columna vertebral, nariz, senos paranasales, amígdalas, adenoides, hemorroides, hernias, tumoraciones mamarias (benignas y/o malignas) **padecimientos** anorrectales, prostáticos, ginecológicos, varices, insuficiencia del piso perineal, **padecimientos** de la vesícula y vías biliares, **enfermedades** articulares de las falanges de los pies, cataratas, litiasis renal y en vías urinarias.	24 meses
Hallux Valgus: No aplica la reducción o eliminación de los períodos de espera.	24 meses
Tratamiento contra el cáncer.	12 meses
Maternidad: embarazo, parto o cesárea, **complicaciones** derivadas y cuidados rutinarios del **recién nacido. No aplica la reducción o eliminación de los periodos de espera.**	10 meses
Examen dental preventivo. **No aplica la reducción o eliminación de los periodos de espera.**	10 meses
Trasplantes.	6 meses
Periodo de espera general	30 días

ELIMINACIÓN DE PERIODOS DE ESPERA

La Compañía reducirá los **periodos de espera,** con base en la antigüedad generada por el asegurado, como periodo de aseguramiento previo e interrumpido, por la póliza o pólizas previas al inicio de esta contratación, **llegando a una posible eliminación de estos periodos**, solamente si:

• (a) El **asegurado** tuvo cobertura continua e ininterrumpida bajo un seguro de gastos médicos durante por lo menos 1 (un) año, y
• (b) la **fecha efectiva** de la **póliza** se encuentra dentro de los 30 (treinta) días siguientes al término de la cobertura anterior, y
• (c) el **asegurado** ha informado sobre la cobertura anterior en la **solicitud** de aseguro y presenta junto con la **solicitud** de

seguro y presenta junto con la solicitud de seguro, la documentación que da soporte y prueba este aspecto, aceptándose en este caso como prueba de documental la póliza y el (los) recibo(s) de pago de la prima que demuestra el aseguramiento continuo e interrumpido previo.

La reducción o eliminación de los periodos de espera no aplica en los beneficios que espcíficamente señalan que no procede esta reducción.

CONDICIONES PREEXISTENTES

Para efectos de esta póliza, las condiciones preexistentes se clasifican en 2 (dos) categorías:

a) Las que son declaradas al momento de llenar la **solicitud de seguro:**

I. Estarán cubiertas después del **periodo de espera** especificado en la presente **Tabla de Beneficios** cuando el **asegurado** haya estado libre de **síntomas, signos o tratamiento** durante un periodo de 5 (cinco) años antes de la **fecha efectiva** de la **póliza**, a menos que estén excluídas expresamente mediante un **endoso** o en la **carátula de la póliza.**

II. Estarán cubiertas después de 2 (dos) años de la **fecha efectiva** de la **póliza** cuando el **asegurado** presente **síntomas, signos o tratamiento** en cualquier momento durante un periodo de 5 (cinco) años antes o después de la **fecha efectiva de la póliza**, a menos que estén excluidas específicamente en un **endoso** a la **póliza.**

b) Las que son conocidas, pero no son declaradas por el contratante o asegurado al momento de llenar la solicitud de seguro: estas condiciones preexistentes nunca estarán cubiertas durante el tiempo en el que la póliza se encuentre en vigor. Además, La Compañía se reserva el derecho de rescindir el contrato de seguro con base en la omisión de dicha información por parte del contratante o asegurado de conformidad con el Artículo 47 (cuarenta y siete) de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

BENEFICIOS CUBIERTOS

- La cobertura máxima para todos los gastos médicos y hospitalarios cubiertos durante la vigencia de la **póliza** está sujeta a los términos y condiciones de esta **póliza**. A menos que se indique lo contrario, todos los beneficios son por **asegurado**, por año **póliza.**

  Todas las cantidades mencionadas sobre los **beneficios cubiertos** y **deducibles** en el presente documento se entenderán referidas en Pesos Mexicanos.

- La Compañía pagará los gastos derivados de los beneficios cubiertos después de satisfecho el deducible anual obligatorio y el coaseguro correspondiente. A menos que se indique lo contrario, todos los beneficios están sujetos a deducible y una vez satisfecho el mismo, al coaseguro correspondiente. Asimismo, los gastos cubiertos no podrán superar la suma asegurada por asegurado y por año póliza, ni el beneficio máximo para un mismo accidente, enfermedad o padecimiento.
- Todos los **beneficios cubiertos** serán pagados por **La Compañía** considerando el **gasto usual, acostumbrado y razonable**, que esta amparado en su póliza de acuerdo con la su zona y lugar de cobertura.
- A los **beneficios cubiertos** pueden aplicársele limitaciones o exclusiones particulares y generales. Favor de consultar la sección de Coberturas Básicas y sus apartados en las Condiciones Generales.
- Todos los **beneficios cubiertos**, contribuirán al **límite máximo** total anual de **suma asegurada** de la **póliza.**

OPCIONES DE CONTRATACIÓN	
Suma asegurada	De acuerdo con lo especificado en la carátula de la póliza.
Beneficio máximo de la cobertura	Sin menoscabo de la suma asegurada contratada que se detalla en la carátula de la póliza, se establecen $200,000,000 (Doscientos millones de pesos 00/100 M.N.) como la cantidad máxima acumulada que el asegurado podrá tener como protección a lo largo de las vigencias en que haya tenido cobertura para el mismo accidente, enfermedad o padecimiento, salvo las Enfermedades o Padecimientos a los que se les especifique una Suma Asegurada de por vida y así aparezca descrita en las condiciones generales o en esta Tabla de beneficios.
Deducible	De acuerdo con lo especificado en la carátula de la póliza o endoso.
Zona geográfica de cobertura	OPCIONES DISPONIBLES • Zona 1: Toda la República Mexicana, incluyendo los territorios de la Ciudad de México y área metropolitana del Valle de México, Nuevo León, Sonora, Jalisco, Baja California Norte, Baja California Sur y los municipios de Quintana Roo de Isla Mujeres, Benito Juárez, Puerto Morelos, Solidaridad, Tulum, Felipe Carrillo Puerto y Bacalar. • Zona 2: Todo el territorio nacional de la República Mexicana excepto los territorios de la Ciudad de México y área metropolitana del Valle de México, Nuevo León, Sonora, Jalisco, Baja California Norte, Baja California Sur y los municipios de Quintana Roo de Isla Mujeres, Benito Juárez, Puerto Morelos, Solidaridad, Tulum, Felipe Carrillo Puerto y Bacalar.
Coaseguro	De acuerdo con lo especificado en la carátula de la póliza o endoso.
Tope de Coaseguro	De acuerdo con lo especificado en la carátula de la póliza o endoso.

BENEFICIOS
Todos los beneficios siguientes, incluso aquellos pagados en su totalidad, contribuirán al **límite máximo** total anual de la **póliza**

TRATAMIENTO AMBULATORIO	COBERTURA
Cirugía ambulatoria	100%
Exámenes de diagnóstico, estudios de laboratorio y gabinete	100%
Honorarios médicos	100%
Enfermeros calificados	Hasta 60 días por año póliza
Terapias complementarias: osteopatía, homeopatía, acupuntura y quiropráctica	100%
Medicamentos y materiales de curación	100%
Equipo médico durable *Requiere autorización previa de **La Compañía**	100%
Terapeutas ocupacionales y ortópticos	100%

HOSPITALIZACIÓN	COBERTURA
Alojamiento en habitación privada estándar y alimentación en el **hospital**	100%
Gastos de un acompañante (cama extra y alimentación)	100%

HOSPITALIZACIÓN	COBERTURA
Cirugía, incluyendo los honorarios de los cirujanos y anestesiólogos, de la sala de operación, los medicamentos y el material de curación	100%
Cuidados intensivos	100%
Patología, radiología y **exámenes de diagnóstico**	100%
Fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, quinesiólogos, fonoaudiólogos y **nutricionistas**	100%
Prótesis	100%
Implantes prostéticos y aparatos *Requiere autorización previa de **La Compañía**	100%
Cirugía reconstructiva no estética *Requiere autorización previa de **La Compañía**	100%

REHABILITACIÓN Y/O CUIDADOS PALIATIVOS	COBERTURA
Enfermería en casa	Hasta 60 sesiones por **año póliza**
Rehabilitación multidisciplinaria y fisioterapia en régimen hospitalario o ambulatorio	Hasta 30 sesiones por **año póliza**
Rehabilitación neurológica a causa de un **accidente o enfermedad** cubierto *Requiere autorización previa de **La Compañía**	Hasta 6 meses de por vida por **padecimiento**
Cuidados paliativos *Requiere autorización previa de **La Compañía**	100%

TRATAMIENTO DENTAL	COBERTURA
Tratamiento dental relacionado con **accidentes**	100%

SEGUNDA OPINIÓN	COBERTURA
Segunda opición médica o quirúrgica de acuerdo a Condiciones Generales	100%

COBERTURA PARA TRATAMIENTOS Y COBERTURA ENFERMEDADES ESPECÍFICAS	
Condiciones congénitas y/o genéticos para: a) Asegurados nacidos dentro de la vigencia de la póliza: siempre y cuando la madre cuente con al menos 10 meses de cobertura y el recién nacido haya sido dado de alta dentro de los primeros 90 días naturales inmediatos siguientes al nacimiento. b) Asegurados nacidos fuera de la vigencia de la Póliza o si la madre no cuenta con al menos 10 meses de cobertura de acuerdo con lo establecido en Tabla de Beneficios, a partir de los 5 años de edad, siempre que hayan pasado desapercibidos, no sean aparentes a la vista o no hayan sido diagnosticados, ni realizado tratamiento médico previo a la fecha de inicio de la cobertura de la póliza.	a) 100% b) MXP $10,000,000 (Diez millones de pesos 00/100 M.N.) de por vida
Tratamiento contra el cáncer (incluye transplante de médula ósea) *Requiere autorización previa de **La Compañía**	100%
Servicio de trasplantes *Requiere autorización previa de **La Compañía**	Hasta la **suma asegurada** de la **póliza**, aplicada de por vida
Diálisis renal	100%
Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA)	MXP $6,000,000 (Seis millones de pesos 00/100 M.N. de por vida
Actividades o deportes peligrosos o de alto riesgo (ocasional o amateur)	100%

COBERTURA PARA TRATAMIENTOS Y COBERTURA ENFERMEDADES ESPECÍFICAS	
Hallux Valgus	100% Hasta la suma asegurada de la póliza, aplicada de por vida.
Cirugía Robótica ***Requiere autorización previa de la Compañía.** ***Se aplicará un coaseguro fijo del 20% para cualquier opción de coaseguro contratado.**	**100% Hasta la suma asegurada de la póliza, aplicada de por vida.**

MATERNIDAD	
Esta cobertura aplica únicamente para los planes del deducible 1, 2 o 3 (deducible igual o inferior a MXN $35,000 (Treinta y cinco mil pesos 00/100 M.N.)	
Parto normal en **hospital** o cesárea, y tratamiento pre y post natal (**periodo de espera** de 10 (diez) meses) *No aplica **deducible** ni **coaseguro**	**MXP** $50,000 (Cincuenta mil pesos 00/100 M.N.) por embarazo
Complicaciones de maternidad y parto (**periodo de espera** de 10 (diez) meses) *No aplica **deducible** ni **coaseguro**	100%
Cobertura provisional del recién nacido Si nace de un embarazo cubierto, el recién nacido tendrá cobertura provisional automática por cualquier lesión o enfermedad durante los primeros 90 (noventa) días de vida después del parto. *No aplica **deducible** ni **coaseguro**	La suma asegurada para esta cobertura será un 2% del valor de la suma asegurada contratada.
Inclusión del recién nacido en la póliza	Debe haber nacido de un embarazo cubierto Se requeriría 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 noti icación 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 contínua bajo esta **póliza**, o • El **recién nacido** es adoptado o ha nacido de una maternidad subrogada.

TRASLADOS	COBERTURA
Ambulancia aérea local * Requiere autorización previa de **La Compañía** *** Se aplicará un coaseguro fijo del 20% (veinte por ciento) para cualquier opción de coaseguro contratado y no se aplicará el tope de coaseguro**	100%
Ambulancia terrestre local	100%

TRATAMIENTOS PREVENTIVOS	COBERTURA
Examen dental preventivo (incluye evaluación, limpieza y radiografía) *No aplica **deducible** ni coaseguro	**MXP** $1,300 (Mil trescientos pesos 00/100 M.N.) por visita Máximo una visita por **año póliza**

OTROS BENEFICIOS
Cobertura extendida para **dependientes** elegibles debido al fallecimiento del **asegurado titular** hasta por 1 (un) año sin costo alguno si la causa de muerte del **asegurado titular** se debió a un **accidente, enfermedad o padecimiento** cubierto bajo esta **póliza**

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 23 de octubre de 2023, con el número CNSF-S0065-0352-2023/CONDUSEF-006176-01.