



 **Best Doctors®**
I N S U R A N C E

COBERTURA

VALIDA A PARTIR DE
1 DE NOVIEMBRE 2016 HASTA
31 DE OCTUBRE DE 2017

OAMI
01238

Bienvenido

Nuestro principal objetivo es brindarle esa tranquilidad que sólo se alcanza al tener la certeza de que puede acceder a los mejores médicos del mundo. Esto significa que usted siempre tendrá la absoluta seguridad de estar tomando la mejor decisión a la hora de proteger su salud, su estilo de vida y sus seres queridos.

Cuando surja un problema médico, recuerde que siempre podrá utilizar nuestro servicio exclusivo de InterConsulta® para consultar con los especialistas de vanguardia en cada área médica.

Hemos preparado este documento para ayudarlo a entender los derechos y responsabilidades que proceden de su cobertura médica. Por favor, tómese el tiempo de leerlo cuidadosamente.

Antes de someterse a cualquier tratamiento, por favor contáctenos para comprobar los beneficios y las prestaciones a las que usted tiene derecho como asegurado de Best Doctors Insurance.

Nuestro apoyo y el consejo de los mejores médicos del mundo están tan sólo a una llamada telefónica.

Bienvenido a un mundo de excelencia médica,

Best Doctors Insurance Limited

Resumen de Beneficios

A menos de que se indique lo contrario, todos los beneficios son por Asegurado, por Año Póliza, y están sujetos a deducible. Todos los importes que aparecen son en Dólares Americanos (USD).

Los beneficios están limitados a los gastos médicos cubiertos en esta Póliza y corresponden a lo usual, acostumbrado y razonable por servicios suministrados en relación al procedimiento y al área geográfica.

ÍTEM/SERVICIO	COBERTURA
Beneficio Máximo	<ul style="list-style-type: none"> \$1.000.000
Elegibilidad	<ul style="list-style-type: none"> Hasta 79 años de edad
Renovación	<ul style="list-style-type: none"> Anual
Cobertura	<ul style="list-style-type: none"> Fuera de los Estados Unidos Libre elección de médicos y hospitales En los Estados Unidos Acceso restringido a la Red MedicalCare de Best Doctors Los gastos médicos cubiertos en los que se incurra fuera de la Red MedicalCare de Best Doctors en los Estados Unidos serán cubiertos en un 60%, con límite de \$600 diarios para habitación y \$1.200 diarios para cuidados intensivos Libre elección de médicos y hospitales.
	Cobertura del 100% para todas las hospitalizaciones que sean resultado de las condiciones cubiertas por la póliza
Habitación Estandar	<ul style="list-style-type: none"> 100%
Cuidados Intensivos	<ul style="list-style-type: none"> 100%
Cirugía (incluyendo Cirugía Ambulatoria)	<ul style="list-style-type: none"> 100%

Cirugía reconstructiva en caso de Enfermedad o Accidente	<ul style="list-style-type: none"> • 100%
Honorarios de Cirujanos y Anestesiastas	<ul style="list-style-type: none"> • 100%
Visitas a Médicos y Especialistas	<ul style="list-style-type: none"> • 100%
Sala de Emergencias	<ul style="list-style-type: none"> • 100%
Exámenes de Diagnóstico Mayor	<ul style="list-style-type: none"> • 100%
Tratamiento de Cáncer (incluye ambulatorio)	<ul style="list-style-type: none"> • 100%
Diálisis (incluye ambulatorio)	<ul style="list-style-type: none"> • 100%
Trasplante de Órganos	<ul style="list-style-type: none"> • \$300.000 por órgano o tejido por Asegurado de por Vida y \$20.000 para el Donante Vivo
Medicamentos y descartables	<ul style="list-style-type: none"> • 100%
Ambulancia Aérea	<ul style="list-style-type: none"> • \$25.000 al lugar más cercano de tratamiento apropiado. Sin aplicación de deducible.
Servicios Exclusivos	<ul style="list-style-type: none"> • InterConsulta®: Confirmación de su diagnóstico e identificación de los mejores tratamientos y especialistas. Acceso inmediato a este beneficio inclusive para condiciones excluidas por la póliza. • Best Doctors Concierge™: Servicios de coordinación de citas médicas, admisión hospitalaria, arreglos de viaje, hospedaje y movilización cuando recibe cuidado médico fuera de su país. El Asegurado es responsable por los gastos de viaje, hospedaje y cualquier gasto no cubierto por esta póliza
Condiciones Especiales	<ul style="list-style-type: none"> • Aplica un período de espera de 12 meses para la cobertura de condiciones preexistentes. Continuidad de Cobertura para los asegurados que vengan de Bupa

1. RESPONSABILIDAD DEL ASEGURADO

- 1.1. Se aplicará un deducible de \$5.000 dentro de los Estados Unidos y un deducible de \$ 5.000 fuera de los Estados Unidos.
- 1.2. Se aplicara un (1) deducible por Asegurado por año póliza. Para pólizas familiares, se aplicara un máximo de dos (2) Deducibles por año Póliza. Para alcanzar el mismo se tomarán en cuenta todos los montos aplicados al Deducible por cada uno de los diferentes miembros de la familia en una misma Póliza.
- 1.3. Cualquier gasto que haya sido aplicado para satisfacer el deducible del asegurado durante los tres (3) últimos meses del año póliza, será transferido y aplicado al deducible para el año siguiente.
- 1.4. En caso de Accidente Grave, según se define en esta Poliza, no se aplicara el Deducible durante la primera Hospitalización Medicamente Necesaria que sigue inmediatamente a dicho Accidente Grave. Para cualquier otro tratamiento posterior el Deducible será aplicado.

2. BENEFICIOS Y GASTOS CUBIERTOS

- 2.1 Servicios Exclusivos: El Asegurado tiene acceso a los servicios exclusivos de la Aseguradora: "InterConsult@" y "Best Doctors Concierge™".
- 2.2 Red de Best Doctors: Esta Póliza proporciona mayores beneficios cuando el Asegurado se atiende con un Proveedor de la red de Best Doctors.
 - a) Tratamiento médico electivo fuera de la red: Si el Asegurado se atiende con Proveedores fuera de la red en Estados Unidos en casos que no sean de Emergencia, serán cubiertos en un 60%, con límite de \$600 diarios para habitación y \$1.200 diarios para unidad de cuidados intensivos. El Asegurado por tanto será responsable del cuarenta por ciento (40%) de todos los cargos cubiertos en que se incurra, después de su Deducible.
 - b) Tratamiento médico de Emergencia fuera de la red: Si un Asegurado se atiende con Proveedores fuera de la red en Estados Unidos en casos que sean Emergencias, se ofrecerá cobertura al cien por ciento (100%) de los Gastos Cubiertos incurridos, después de su Deducible. Para asegurarse que el Proveedor sea afiliado de la red de Best Doctors, usted deberá notificar a la Aseguradora antes de recibir servicios. Se puede obtener la red de Hospitales afiliados directamente de la Aseguradora y la misma puede cambiar en cualquier momento sin previo aviso. En aquellos casos que la red no sea especificada en algún país (con excepción de los Estados Unidos), no existirá restricción en cuanto a los Hospitales y Médicos que el asegurado pueda utilizar.
- 2.3 Gastos Cubiertos y Servicios Exclusivos: A los efectos de esta Póliza y sujeto a los términos estipulados en estas Condiciones Generales y a todas las demás disposiciones y condiciones, se entenderá por Gastos Cubiertos los gastos médicos Usuales, Acostumbrados y Razonables incurridos por un Asegurado después de su Fecha de Inicio de Cobertura y durante la Vigencia de la Póliza. Dichos gastos incluyen tratamientos, servicios o suministros Médicos, incurridos como resultado de, o en relación con el tratamiento de las Enfermedades o condiciones médicas cubiertas y que sean

Medicamente Necesarias.

Los Gastos Cubiertos incluyen pero no están limitados a:

- a) Servicios Médicos, Quirúrgicos y Hospitalarios.

El Asegurado tiene derecho a los beneficios que se describen en este artículo, los cuales están sujetos a las limitaciones o exclusiones que se describen en otros artículos de esta Póliza.

2.4 Honorarios del Cirujano Principal: Los honorarios del cirujano principal se cubren con base en los honorarios médicos Usuales, Acostumbrados y Razonables que corresponden a los procedimientos quirúrgicos realizados, o con base en las tarifas especiales establecidas o pactadas por la Aseguradora para un área geográfica, país o Proveedor determinado.

2.5 Honorarios de Anestesiista: Los Honorarios del Anestesiista se cubren con base en los honorarios médicos Usuales, Acostumbrados y Razonables en proporción a los honorarios médicos cubiertos del cirujano principal para los procedimientos quirúrgicos realizados, o con base en las tarifas especiales establecidas o pactadas por la Aseguradora para un área geográfica, país o Proveedor determinado.

2.6 Honorarios Medico/Cirujano Asistente: Los Honorarios del Médico/Cirujano Asistente se cubren con base en los honorarios médicos Usuales, Acostumbrados y Razonables en proporción a los honorarios médicos cubiertos del cirujano principal para los procedimientos quirúrgicos realizados, o con base en las tarifas especiales establecidas o pactadas por la Aseguradora para un área geográfica, país o Proveedor determinado.

2.7 Cirugía Reconstructiva: Se cubren las cirugías reconstructivas siempre y cuando:

- a) La cirugía esté relacionada con una enfermedad que no es una condición pre-existente y está cubierta bajo esta Póliza.
- b) La cirugía esté relacionada con una Lesión producida por un accidente cubierto ocurrido durante la vigencia de la póliza y no tenga fines cosméticos o propósitos de embellecimiento.
- c) En el caso de cirugías de la nariz, la cirugía sea médicamente necesaria para el tratamiento de deformidades de la nariz o del tabique nasal que hayan sido causadas por un trauma en un accidente cubierto, o para el tratamiento de cáncer en la nariz.

Para obtener aprobación para la cobertura de estas cirugías reconstructivas el asegurado deberá notificar previamente a la aseguradora y obtener la autorización correspondiente de acuerdo con lo estipulado en esta póliza. La evidencia del trauma, en forma de fractura, deberá ser confirmada por medios radiológicos (rayos-X, tomografías, resonancias magnéticas), la misma debe ser entregada a la aseguradora para ser evaluada al momento de solicitar la aprobación.

2.8 Trasplante de Organos: "Este beneficio cubre los tratamientos, procedimientos, servicios o suministros Medicamente Necesarios, proporcionados por o como resultado de un Trasplante de órganos o tejido cubierto bajo esta Póliza. Los procedimientos e instalaciones donde se realizarán los Trasplantes deberán ser previamente notificados a la Aseguradora y se deberá obtener la autorización correspondiente de la Aseguradora. La Aseguradora también deberá coordinar este beneficio y para tal fin deberá ser notificada tan pronto como se determine que el Asegurado es un candidato para un Trasplante. No se cubren los servicios prestados por, o en relación a, un procedimiento de Trasplante que no haya sido previamente notificado a la Aseguradora y autorizado y coordinado por la Aseguradora. La Aseguradora se reserva el derecho de someter la documentación médica correspondiente al Trasplante a uno o más Médicos especialistas en Trasplantes para determinar la

Necesidad Médica y pertinencia del Trasplante. El beneficio máximo por Trasplantes es de trescientos mil dólares (USD\$300.000) por Asegurado, por órgano o tejido de por vida. Adicionalmente se cubren los gastos de un Donante Vivo hasta veinte mil dólares (USD\$20.000).

Este beneficio incluye:

- a) El cuidado médico previo al procedimiento de Trasplante, directamente relacionado con el trasplante, el cual incluye evaluación pretrasplante para determinar si el Asegurado es candidato para el Trasplante, la evaluación del Asegurado para el procedimiento de Trasplante, la preparación y estabilización del Asegurado para el procedimiento de Trasplante.
- b) Todos los estudios pre-operativos incluyendo Servicios de Laboratorio y Rayos-X, tomografía computarizada, resonancia magnética, ultrasonido, biopsias, Medicamentos por Prescripción Médica y otros suministros.
- c) El costo de búsqueda, obtención y transporte del órgano y gastos del donante;
- d) El procedimiento de Trasplante;
- e) Todos los cuidados posteriores al Trasplante, directamente relacionados con el Trasplante, incluyendo, pero no limitado a cualquier tratamiento posterior y Medicamento Necesario que resulte del Trasplante y cualquier complicación que surja después del procedimiento, sea directa o indirectamente consecuencia del Trasplante.
- f) Cualquier Medicamento por Prescripción Médica o medida terapéutica destinada a asegurar la viabilidad y permanencia del órgano trasplantado.

No se cubre ningún tratamiento, procedimiento, servicio, cirugía o suministro si se diera alguna de las circunstancias que se enumeran a continuación:

- i. Que no sea Medicamento Necesario;
- ii. Considerado electivo, Experimental o Investigativo;
- iii. Brindado cuando el Asegurado contaba con procedimientos o tratamientos alternativos, con igual eficacia, para tratar la condición o la Enfermedad que fundamentalmente hizo necesario el Trasplante;
- iv. Provisto por o como resultado de un Trasplante en que el receptor recibe un equipo o artefacto mecánico o artificial destinado a reemplazar órganos humanos, o en el que el donante es un animal;
- v. Relacionado con un procedimiento de segundo Trasplante posterior a un Trasplante fallido inicialmente realizado antes de la Fecha de Inicio de Cobertura del Asegurado o con un Trasplante no autorizado previamente por la Aseguradora."

2.9 Medicamentos y descartables: Los gastos están limitados solo a los medicamentos que sean suministrados durante una hospitalización y que sean dispensados por un Medico autorizado y estén aprobados por la Administracion de Medicamentos y Alimentos de los Estados Unidos (FDA) para el tratamiento del asegurado.

2.10 Transporte de Emergencia : Se cubre el transporte de Emergencia, por Ambulancia Aérea al lugar más cercano de tratamiento apropiado, siempre y cuando:

- a) El transporte sea Medicamento Necesario, para trasladar al Asegurado al Hospital más apropiado donde existe el tratamiento requerido;
- b) El transporte esté relacionado con una Enfermedad o Accidente cubierto que no puede ser tratado donde se encuentra el paciente o donde se originó la Emergencia;

- c) El transporte por cualquier otro medio pueda resultar en la pérdida de la vida, de la integridad personal o de la viabilidad de alguno de los órganos del Asegurado;
- d) La ambulancia cuente con equipo e instrumentos médicos especiales a bordo, una tripulación especializada en transportes médicos y un operador que es una compañía legalmente licenciada y autorizada como operador de ambulancias;
- e) El transporte por Ambulancia Aérea sea previamente notificado a la Aseguradora y sea autorizado y coordinado por la Aseguradora y
- f) El Asegurado acuerde mantener a la Aseguradora y a cualquier compañía afiliada con la Aseguradora libre de responsabilidad por cualquier negligencia resultante de tales servicios, o por demoras, o restricciones en los vuelos causados por problemas mecánicos, o por restricciones gubernamentales, o por el piloto, o debido a condiciones operacionales o climáticas.

La cobertura máxima para el beneficio de Ambulancia Aérea es de veinticinco mil dólares (USD\$25.000) por Asegurado, por Año Póliza. Sin aplicación de deducible

- 2.11 Opcion de Conversion a Poliza Individual: Cualquier Asegurado Titular que deje de ser miembro de la empresa, despues de haber estado dos años consecutivos dentro del Grupo, tendrá la opción a que se le expida una Póliza de salud individual del plan vigente que más se asemeje a los beneficios y deducibles que tenía en el plan corporativo, para él y los dependientes que hayan estado asegurados en dicho plan. Esta opción no está disponible para dependientes por sí mismos. Cualquier exclusión por condiciones preexistentes que tuvieran bajo la Póliza de Grupo se mantendrá, si se le aprobara un plan individual.

El Asegurado Titular tiene que completar una solicitud la cual tiene que ser recibida en la Aseguradora dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha en que deje de ser miembro de la empresa, sea cual fuere el motivo, siempre que la póliza grupal este vigente al momento de realizar la conversión. Con sujeción a las condiciones anteriores el Asegurado Titular tendrá opción a que Best Doctors le expida una Póliza Individual con fecha de efectividad a la fecha de su salida del grupo.

La Aseguradora se reserva el derecho de aplicar un recargo en la prima tabulada de la póliza individual con base en un análisis actuarial, basado en las siguientes reglas:

- a) Para aquellos asegurados que no se hayan sometido a evaluación medica, la aseguradora podrá recargar las primas tabuladas para los palnes individuales mediante la siguiente formula,

Siniestralidad del Grupo	Sobreprima Maxima
< 50%	Hasta 25%
> 50% <75%	Hasta 50%
>75%	Hasta 100%

- b) Para aquellos asegurados que se hayan sometido a la evaluación médica utilizando el Formulario de Evaluación para Grupos Corporativos, no se les ofrecerá cobertura bajo la póliza individual, a las condiciones pre- existente declaradas en el momento de la evaluación, pero se respetaran las primas tabuladas para los planes individuales.

- c) Para aquellos asegurados que se hayan sometido a la evaluación médica convencional, el traspaso a pólizas individuales será respetando las tarifas tabuladas para para los planes individuales, y con las mismas exclusiones y/o enmiendas que tenían en la póliza corporativa.

3. EXCLUSIONES Y LIMITACIONES EXCLUSIONES

Esta Póliza no cubre las causas, complicaciones ni tratamientos en relación con:

- 3.1 Cuaquier tratamiento, lesión, enfermedad o cargos resultantes de cualquier servicio o suministro que:
- a) No sea Médicamente Necesario; o
 - b) Sea para un Asegurado que no se encuentre bajo los cuidados de un Médico o profesional legalmente calificado; o
 - c) No sea autorizado o recetado por un Médico o profesional legalmente calificado; o
 - d) Sea un Cuidado Paliativo.
 - e) Sea relativo a cuidado personal
- 3.2 Cualquier atención o tratamiento por:
- Enfermedades o Lesiones auto-infligidas, estando el Asegurado en su juicio o no; suicidio; suicidio fallido; abuso de alcohol; uso o abuso de drogas; uso de sustancias ilícitas o el uso ilícito de sustancias controladas; estar en estado de embriaguez; estar bajo la influencia de drogas; o riñas o actos delictivos en que el Asegurado participe por culpa grave de él mismo, salvo aquellas en que se demuestre que se ha tratado de legítima defensa.
- 3.3 Exámenes de rutina de la vista, lentes de contacto, queratotomía radial y/u otros procedimientos para corregir desórdenes de refracción visual.
- 3.4 Exámenes de oídos, dispositivos auditivos e implantes cocleares.
- 3.5 Cualquier examen médico o estudio de diagnóstico que forme parte del examen físico de rutina, tratamientos profilácticos incluyendo vacunas, exámenes y emisión de certificados médicos con el propósito de demostrar la capacidad del Asegurado para trabajar o viajar, salvo si existe dicha provisión.
- 3.6 Cualquier tratamiento quiropráctico, homeopático, acupuntura o tratamiento de medicina alternativa similar que no haya sido reconocido para uso general por la Administración de Medicamentos y Alimentos de los Estados Unidos (FDA) como tratamiento adecuado para condiciones médicas.
- 3.7 Cirugía electiva o cosmética o tratamiento médico cuyo propósito principal es el embellecimiento, a menos que sea consecuencia de una Lesión, deformidad o Enfermedad cubierta por la Póliza y ocurrida por primera vez estando el Asegurado cubierto por esta Póliza. Cualquier tratamiento quirúrgico de deformidades nasales o del tabique nasal que no haya sido consecuencia de un Accidente o trauma, complicaciones, efectos secundarios o secuelas derivadas de un procedimiento cosmético tratamiento médico cuyo propósito principal es el embellecimiento salvo lo estipulado en el Artículo de Cirugía Reconstructiva.
- 3.8 Cualquier tratamiento, servicio o suministro que no esté científica o médicamente reconocido para el tratamiento indicado o que sea considerado Experimental y/o no aprobado para uso general por la Administración de Medicamentos y Alimentos de los Estados Unidos (FDA) incluyendo cualquier servicio médico derivado así como sus complicaciones.

- 3.9 Cualquier tratamiento o gasto en una institución gubernamental (tales como hospitales de seguro social) o privada en la que el Asegurado tenga derecho a cuidados gratuitos, o servicios y tratamientos por los cuales no habría que pagar de no existir una cobertura de seguro. Esto incluye los costos por procedimientos que se efectúen en instituciones que reciban fondos gubernamentales o privados relacionados con un proyecto de investigación para ese procedimiento en cuestión.
- 3.10 Procedimientos para el diagnóstico o tratamiento de enfermedades mentales y/o psiquiátricas, desórdenes de la conducta o del desarrollo, síndrome de fatiga crónica, apnea del sueño y cualquier otro desorden del sueño y trastornos relacionados con el autismo.
- 3.11 Cualquier gasto o porción que exceda lo usual, acostumbrado y razonable por servicios o suministros en relación al área geográfica.
- 3.12 Cualquier gasto por esterilización masculina o femenina, reversión de una esterilización, cambio o transformación de sexo, control de la natalidad, tratamiento por infertilidad, inseminación artificial o implantación de embriones in-vitro, Enfermedades de la madre y del recién nacido que sean resultado de un tratamiento de fertilidad o de cualquier tipo de procedimiento de fertilidad asistida, tratamiento o prótesis para mejorar o restablecer la función sexual, disfunción o inadecuación sexual, trastornos relacionados con el virus del papiloma humano (VPH) y/o Enfermedades transmisibles sexualmente, salvo lo estipulado en el Artículo de Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).
- 3.13 Cualquier tratamiento no quirúrgico de Enfermedades de los Pies (Callos, Callosidades, Juanetes-Hallux Valgus, Dedo en Martillo Neuroma de Morton, Pies Planos, Arcos Débiles y otros trastornos sintomáticos de los pies) incluyendo pero no limitado a pedicura, tratamientos quiroprácticos, zapatos ortopédicos u otros soportes especiales de cualquier tipo o forma.
- 3.14 Cualquier tratamiento relacionado con la hormona del crecimiento independientemente del motivo por el cual ha sido indicado y tratamiento con estimulador o estimulación del crecimiento óseo.
- 3.15 Cualquier gasto de la madre o del recién nacido relacionado con un parto no cubierto, incluyendo las Complicaciones de Maternidad y Complicaciones del Nacimiento salvo que se incluya este beneficio.
- 3.16 Cualquier interrupción del embarazo voluntariamente inducido, a menos que la vida la madre este en peligro.
- 3.17 Cualquier condición congénita y/o hereditaria salvo que se incluya este beneficio.
- 3.18 Cualquier tratamiento dental, o de ortodoncia vinculado o no a un problema mandibular y/o maxilar, salvo lo estipulado en el Artículo de Cobertura Dental de Emergencia o Beneficio de Cobertura Dental si aplica, incluyendo tratamientos del maxilar superior, de la mandíbula o trastornos de la articulación de la mandíbula, incluyendo pero no limitado a anomalías de la mandíbula, malformaciones, síndrome de la articulación temporomandibular, trastornos cráneo mandibulares u otras condiciones de la mandíbula o la articulación de la mandíbula conectando el hueso de la mandíbula con el cráneo y el complejo de músculos, nervios y otros tejidos relacionados con esa articulación.
- 3.19 Tratamiento de lesiones sufridas mientras el Asegurado se encuentra prestando servicios como miembro de la policía o de una unidad militar o mientras participa en una guerra, motín, conmoción civil, huelga, terrorismo, alternación del orden público o cualquier actividad ilegal incluyendo el encarcelamiento resultante.

- 3.20 Cualquier admisión en un Hospital por más de veinticuatro (24) horas antes de una cirugía programada.
- 3.21 Cualquier tratamiento brindado por un familiar directo, incluido pero no limitado al Cónyuge, padres, hermanos, hijos o por otra persona que regularmente reside en el hogar del Asegurado. Cualquier tratamiento brindado en una entidad o instalación que sea propiedad o que este bajo la supervisión del Asegurado o familiar directo, excepto aquellos que hayan sido previamente autorizados por la Aseguradora.
- 3.22 Cualquier medicamento de venta libre, cuya adquisición no requiera una prescripción médica.
- 3.23 Cualquier suplemento dietético, supresores del apetito, vitaminas, medicamentos contra el envejecimiento, medicamentos o tratamientos para la regeneración del cabello.
- 3.24 Equipo de riñón artificial personal para uso residencial y todos los gastos relacionados.
- 3.25 Cualquier gasto relacionado con la adquisición o implantación de corazón artificial, dispositivo mono o biventricular, otros órganos artificiales o de animales y todos los gastos relacionados con la criopreservación y almacenamiento de tejido o célula por más de veinticuatro (24) horas de duración (excepto para exámenes de laboratorio), salvo lo estipulado en el Artículo de Células Madres si aplica.
- 3.26 Lesiones enfermedades causadas por o relacionadas con energía atómica, radioactividad proveniente de cualquier material nuclear, desecho nuclear, o la combustión de combustible nuclear o artefactos nucleares, o terapia de rayos-X o radioterapia aplicada sin la disposición o supervisión médica correspondiente.
- 3.27 Cualquier gasto relacionado con el extravío, reparación o reemplazo del equipo médico dañado (a menos que haya expirado su vida útil).
- 3.28 Cualquier gasto relacionado con la duplicación de funciones de un equipo médico que tengan el mismo propósito o fin.
- 3.29 Tratamiento brindado por más de un asistente de cirugía, a menos que sea autorizado por la Aseguradora.
- 3.30 Cualquier gasto relacionado con terapia recreativa o educacional.
- 3.31 Cualquier gasto relacionado con cuidados de custodia.
- 3.32 Cualquier atención de custodia, domiciliaria y de salud doméstica incluyendo pero no limitada a cuidados de manutención o terapia para condiciones crónicas. Tratamientos, servicios, y suministros brindados por instituciones que son sanatorios, instituciones de descanso, centros de tratamiento para atención geriátrica, instalaciones de atención prolongada, balnearios y las hidroclínicas.
- 3.33 Cualquier lesión, accidente o enfermedad sufrida a consecuencia de la práctica o participación profesional directa en cualquier deporte profesional.
- 3.34 Aquellos servicios médicos suministrados cuando un tercero esté obligado a cubrir en beneficio del Asegurado por razón de la existencia de un contrato o por responsabilidad civil contractual.
- 3.35 Cualquier reclamo o gasto incurrido por tratamiento, servicio o suministro hecho en: 1) países o 2) por o para el beneficio de personas y/o compañías sujetas a restricciones comerciales, sanciones políticas o económicas, y/o embargos impuestos por el gobierno de los Estados Unidos o por cualquiera de sus agencias/dependencias.

La póliza de seguro es emitida por Best Doctors Insurance Limited, una compañía incorporada en las Islas de las Bermudas. Servicio de administración de seguros médicos ofrecido por BestDoctors Insurance Holdings, LLC. En representación de Best Doctors Insurance Limited.

www.bestdoctorsinsurance.com

La póliza que le ofrece cobertura y la Aseguradora que le provee esta póliza no han sido aprobadas por el Departamento de Seguros de la Florida (OIR).

Best Doctors, el Logo de Best Doctors, InterConsulta, EliteNavigator, Medical Elite, PremierPlus, GlobalCare, UltimateCare, AdvancedCarePlus, MedicalCare, Best Doctors Concierge y CriticalSelect son marcas registradas de Best Doctors, Inc. en los Estados Unidos y otros países y son utilizadas con convenio de licencia por Best Doctors Insurance Limited.

Best Doctors Insurance
5201 Blue Lagoon Drive, Suite 300
Miami, FL 33126



Llamada de Cobro Revertido
Llamada Gratuito dentro de los EE.UU.

1 305 269 2521
1 866 902 7775

Fax 1 800 476 1160
www.bestdoctorsinsurance.com