

**TABLA DE BENEFICIOS**  
**PLAN PROSALUD DORADO**

Los beneficios especificados serán otorgados siempre que se hayan cumplido con los periodos de espera respectivos y que el pago de las cuotas se encuentren al día. Todos los beneficios están sujetos a las definiciones, condiciones, limitaciones, exclusiones u otras provisiones de esta póliza.

Toda cobertura y sus límites están sujetos a los gastos usuales y acostumbrados en el área donde el servicio fue prestado, y a los deducibles y coaseguros que correspondan.

<b>BENEFICIOS DE LA PÓLIZA</b>	<b>LIMITES Y COBERTURA</b>
<b>MONTO MAXIMO A INDEMNIZAR</b>	<b>DORADO</b>
Cobertura por Persona	\$ 1,000,000.00
	ANUAL
<b>COBERTURA GEOGRAFICA</b>	
Amplitud de Cobertura	Cobertura Mundial
<b>DEDUCIBLE</b>	<b>REGIONAL / INTERNACIONAL</b>
➤ Plan "A "	\$ 500.00 / \$ 1,000.00
➤ Plan "B"	\$ 1,250.00 / \$ 2,500.00
➤ Plan "C"	\$ 2,500.00 / \$ 5,000.00
➤ Plan "D"	\$ 5,000.00 / \$ 10,000.00
<b>COBERTURA A INDEMNIZAR</b>	
➤ Regional e Internacional	100%
➤ Fuera de la Red de Proveedores: aplica únicamente vía reembolso y tanto para Atención Ambulatoria como para Internamiento Hospitalario	70%
<b>BENEFICIO POR INTERNAMIENTO HOSPITALARIO</b>	
Posterior a la aplicación del deducible seleccionado y coaseguro que aplique, <b>según gastos usuales y acostumbrados</b>	
➤ Hotelería (Habitación Privada Estándar y Alimentación)	100%
➤ Servicios de Unidad de Cuidados Intensivos	100%
➤ Otros Servicios Intrahospitalarios, incluyendo sala de operaciones, sala de recuperación, tratamientos farmacológicos y médicos, rehabilitación, exámenes auxiliares de diagnóstico, nebulizaciones y cualquier otro servicio que mejore la recuperación del paciente.	100%
➤ Atenciones brindadas en sala de Emergencia según lo establecido en las condiciones generales.	100%
➤ Visitas médicas intrahospitalarias, limitada a una visita diaria con un monto máximo a indemnizar igual al costo de la habitación autorizada.	100%
➤ Equipo Médico Quirúrgico A ser indemnizado <b>según gastos usuales y acostumbrados</b> , se reconocerán los médicos especialistas y asistentes necesarios según la complejidad de la cirugía.	100%

Cuando múltiples procedimientos quirúrgicos sean realizados durante la misma intervención quirúrgica, a través de la misma incisión quirúrgica y por el mismo equipo médico, el beneficio a indemnizar por esta póliza, estará limitado solamente al monto del procedimiento de mayor costo amparado por la presente póliza; y siempre y cuando no se trate de un procedimiento electivo.

➤ Segunda y tercera opinión Quirúrgica Cuando sea necesario confirmar la realización de un procedimiento quirúrgico no de emergencia, a solicitud de la Compañía.	100%
➤ Prótesis Quirúrgicas, dispositivos de corrección o implementos médicos, que son médicamente requeridos e implantados en el cuerpo del Asegurado durante una cirugía para el debido funcionamiento físico y/o orgánico del asegurado.	100%
➤ Trasplante de Órganos Limitado a dos trasplantes por persona de por vida, hasta un Máximo Vitalicio de:	\$ 300,000.00
➤ Indemnización al Donante Vivo Estrictamente para gastos de internamiento hospitalario y equipo médico, bajo el límite máximo vitalicio del Asegurado.	\$ 10,000.00
➤ Radioterapia y Quimioterapia Estrictamente Preautorizado y coordinado por la Compañía	100%
➤ Gastos de Acompañante por Hospitalización fuera del país de residencia hasta un máximo de 5 días. Únicamente cuando sea necesario la presencia de un familiar, máximo dos eventos durante la vigencia anual de la póliza. Estrictamente para cubrir gastos de hotelería y alimentación. Máximo por día:	\$ 100.00

#### **BENEFICIO POR ATENCION AMBULATORIA**

Posterior a la aplicación del deducible seleccionado y coaseguro que aplique, **según gastos usuales y acostumbrados**

➤ Honorarios de Médicos, máximo por consulta	
Cobertura Regional	\$ 40.00
Cobertura Internacional	\$ 150.00
➤ Honorarios de Médico Nutricionista, solo cuando sea médicamente prescrito por una enfermedad amparada bajo la presente póliza. Máximo de 4 consultas por año póliza, máximo por consulta:	
Cobertura Regional	\$ 40.00
Cobertura Internacional	\$ 150.00
➤ Terapia Física y Ocupacional Máximo de 30 sesiones al año póliza. Máximo por sesión:	
Cobertura Regional	\$ 40.00
Cobertura Internacional	\$ 150.00
➤ Medicamentos prescritos después de una hospitalización, cirugía ambulatoria y consulta médica. Máximo por año póliza y por persona. Se indemnizará única y estrictamente bajo prescripción médica.	
Cobertura Regional	100%
Cobertura Internacional	100%
➤ Exámenes de Laboratorio y Patología.	
Estudios Radiológicos con o sin contraste, todo incluido.	
Estudios de Imagenología, TAC, IRM, y similares.	

Solamente si son prescritos por un médico tratante y relacionado a una enfermedad amparada por la póliza.	
Cobertura Regional	100%
Cobertura Internacional	100%
<b>TRATAMIENTO AMBULATORIO EN CLINICA U HOSPITAL</b>	
Posterior a la aplicación del deducible seleccionado y coaseguro que aplique, <b>según gastos usuales y acostumbrados</b>	
➤ Cirugía Menor Ambulatoria realizada en Clínica habilitada u Hospital <b>Requiere ser Preautorizada y Coordinada por la Compañía</b>	
Cobertura Regional	100%
Cobertura Internacional	100%
➤ Tratamiento de radioterapia, quimioterapia, diálisis peritoneal u Ozonoterapia <b>Requiere ser Preautorizada y Coordinada por la Compañía</b>	
Cobertura Regional	100%
Cobertura Internacional	100%
<b>MATERNIDAD</b>	
Posterior a la aplicación de deducible, se cubrirá <b>según gastos usuales y acostumbrados</b>	
➤ Cuidados por Maternidad, sea este parto normal, parto complicado y/o cesárea. Incluye consultas pre y posnatales; incluyendo exámenes auxiliares de diagnóstico y fármacos correlativos, honorarios del Equipo Médico (incluyendo el Pediatra) y el costo de internamiento hospitalario para la Madre y el Recién Nacido.	
Cobertura Regional	\$ 3,000.00
Cobertura Internacional	\$ 6,000.00
➤ Atención Recién Nacido: Incluye honorarios médicos, medicamentos, exámenes de laboratorio y gastos de hospitalización necesarios para el tratamiento de enfermedades adquiridas durante o después del nacimiento. Este beneficio aplica bajo la cobertura de la Madre y estrictamente durante los primeros 15 días de nacido.	
Cobertura Regional	\$ 3,000.00
Cobertura Internacional	\$ 6,000.00
➤ Enfermedades, Malformaciones y/o Defectos Congénitos Se cubre los gastos únicamente si la maternidad fue cubierta por esta póliza. El recién nacido deberá ser incluido dentro de los primeros quince días posterior al nacimiento.	
Máximo de por Vida:	\$ 50,000.00
<b>BENEFICIOS ADICIONALES</b>	
Posterior a la aplicación del deducible seleccionado y coaseguro que aplique, <b>según gastos usuales y acostumbrados</b>	
➤ Repatriación de Restos Mortales Limitado a muerte fuera del país de residencia del Asegurado, causada por una enfermedad durante un internamiento hospitalario amparado por esta póliza. Monto Máximo a Indemnizar	\$ 10,000.00
➤ Cuidados de Enfermera Titulada Solo si es prescrito por el Médico Tratante y debe ser <b>Preautorizado por la Compañía</b> . Se cubrirá hasta 30 días una vez el Asegurado haya egresado del Hospital, siempre y cuando su residencia permanente no sea la misma casa del Asegurado. Máximo por día:	

Cobertura Regional	\$ 30.00
Cobertura Internacional	\$ 250.00
➤ Atención Dental de Emergencia por Accidente; cuando a consecuencia de un accidente se produce una fractura o pérdida de una pieza dental sana. Monto Máximo por Evento:	
Cobertura Regional	\$ 2,500.00
Cobertura Internacional	\$ 5,000.00
➤ Rehabilitación Solo si es prescrita por el Médico Tratante, y requiera un ingreso en un centro de rehabilitación, para tratar secuelas o complicación de accidente o enfermedad que ameritó permanecer hospitalizado. Máximo de 30 días por evento, hasta un máximo por día:	
Cobertura Regional	\$ 50.00
Cobertura Internacional	\$ 150.00
➤ Enfermedades Epidémicas	
Todo tipo de Enfermedad Epidémica Declarada a nivel Nacional, Regional o Mundial.	
Cobertura Regional	\$ 5,000.00
Cobertura Internacional	\$ 15,000.00
➤ Cobertura de Muerte Accidental y Desmembración Solo aplica para el Asegurado Titular o Contratante En caso de desmembración se indemnizará según Tabla expuesta en las Condiciones Generales de la Póliza.	\$ 10,000.00
<b>BENEFICIOS DE TRANSPORTE POR EVACUACION</b>	
Posterior a la aplicación del deducible seleccionado y coaseguro que aplique, <b>según gastos usuales y acostumbrados</b>	
➤ Ambulancia Terrestre Local	
Cobertura Regional	\$ 150.00
Cobertura Internacional	\$ 250.00
➤ Avión Comercial (aplica únicamente al Asegurado)	
Máximo tres viajes (boletos aéreos en clase económica) por año Póliza.	100%
➤ Ambulancia Aérea	
Monto máximo a indemnizar por año póliza y por asegurado	80% hasta \$ 25,000

**Notas Importantes:**

1. Este es un plan de Indemnización y por lo tanto requiere el uso de la modalidad de aviso previo, consulta previa y pre- autorización de parte de "La Compañía" para ser indemnizado por servicios Programados no denominados de emergencia (Cirugías Programadas Ambulatorias o no, Partos o Cesáreas, Quimioterapias, Radioterapias y Exámenes de diagnósticos especiales con un costo mayor a US\$ 150.00).
2. En caso que el Asegurado se encuentre cubierto por otra póliza de Gastos Médicos, de cualquier otra compañía de seguros, al presentarse un siniestro, la presente Póliza indemnizará los gastos en exceso de lo que no cubra el otro Seguro Médico vigente, siempre y cuando sean consecuencia de una enfermedad o procedimiento amparado por la presente póliza. Ver cláusulas de Coordinación de Beneficios y Subrogación de Derechos.

Para aclaraciones adicionales sobre su cobertura, favor dirigirse a las Condiciones Generales, Condiciones Particulares, Adendos, Definiciones y/o Exclusiones a las que se adjunta esta "Tabla de Beneficios".

Dado en la Ciudad de Managua, Nicaragua a los 27 días del mes de julio del 2015.

---

Firma autorizada

Seguros America, S. A.

Resolución: SIB-OIF-337-2012  
Fecha: 21 de noviembre de 2012