

ASEGURADO **XXXX**
 No. POLIZA **XXXX**
 VIGENCIA **De XXXX AL XXXXX**

TABLA DE BENEFICIOS
PLAN PROSALUD PLATEADO

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.

BENEFICIOS DE LA PÓLIZA

LIMITES Y COBERTURA

MONTO MAXIMO A INDEMNIZAR	PLATEADO
Por Año Póliza y por Persona	\$ 25,000.00
Vitalicio y por Persona	\$ 125,000.00
COBERTURA GEOGRAFICA	
Centroamérica (Guatemala, Honduras, El Salvador, Nicaragua y Costa Rica)	
DEDUCIBLE	
Por Persona y por Año Póliza	
➤ Dentro del País de Residencia	\$ 50.00 por Evento, máximo anual de \$250.00
➤ Fuera del País de Residencia	\$ 200.00
➤ Fuera de la Red de Proveedores	\$ 200.00
COBERTURA A INDEMNIZAR	
Dentro/Fuera del País de Residencia (Nicaragua):	
➤ Beneficio por Atención Ambulatoria	80%
➤ Beneficio por Internamiento Hospitalario	85%
➤ Fuera de la Red de Proveedores: aplica vía reembolso según gastos usuales y acostumbrados.	70%
MAXIMO DE COASEGURO DENTRO DE RED PARA INTERNAMIENTO HOSPITALARIO	
➤ Dentro del País de Residencia	\$ 1,000.00 por Evento
➤ Fuera del País de Residencia	\$ 2,500.00 por Evento

Excedente será cubierto al 100% **según gastos usuales y acostumbrados** del país o región geográfica que cubre esta póliza. Cuando las atenciones son brindadas fuera de la red de Proveedores Preferidos, se aplicará sin límite el 30% de coaseguro.

BENEFICIO POR INTERNAMIENTO HOSPITALARIO

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

➤ Hotelería (Habitación Privada Estándar y Alimentación) Máximo por día U\$ 100.00	85% Hasta U\$ 100.00 por día
➤ Servicios de Unidad de Cuidados Intensivos Máximo por día U\$ 250.00	85% Hasta U\$ 250.00 por día
➤ 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.	85%
➤ Atenciones brindadas en sala de Emergencia, cuando el uso de la misma precede un ingreso hospitalario.	85%
➤ Visitas médicas intrahospitalarias, limitada a una visita diaria con un monto máximo a indemnizar igual al costo de la habitación autorizada.	85%
➤ Equipo Médico Quirúrgico A ser indemnizado según gastos usuales y acostumbrados, se reconocerán los médicos especialistas y asistentes necesarios según la complejidad de la cirugía.	85%
<p>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.</p>	
➤ Segunda y tercera opinión Quirúrgica Cuando sea necesario confirmar la realización de un procedimiento quirúrgico no de emergencia, a solicitud de Compañía.	85%
➤ Prótesis Quirúrgicas, dispositivos de corrección o implementos médicos, que son medicamente requeridos e implantados en el cuerpo del Asegurado durante una cirugía para el debido funcionamiento físico y/o orgánico del asegurado.	85% hasta U\$5,000.00
➤ Trasplante de Órganos Limitado a dos trasplantes por persona de por vida, hasta un máximo vitalicio:	85% hasta U\$25,000.00
➤ Indemnización al Donante Vivo Estrictamente para gastos de internamiento hospitalario y equipo médico, bajo el límite máximo vitalicio del Asegurado. Monto máximo a indemnizar U\$ 5,000.00	85%
➤ Radioterapia y Quimioterapia Estrictamente Preautorizado y coordinado por la Compañía	85%
BENEFICIO POR ATENCION AMBULATORIA	
Posterior a la aplicación del deducible seleccionado y coaseguro que aplique, de acuerdo a gastos usuales y acostumbrados.	
➤ Honorarios de Médicos, máximo por consulta: \$ 30.00	80%
➤ Honorarios de Médico Nutricionista, solo cuando sea por Enfermedad Metabólica amparada bajo la presente póliza. Máximo de 4 consultas por año póliza, máximo por consulta: \$ 30.00	80%
➤ Terapia Física y Ocupacional Máximo de 30 sesiones al año póliza. Máximo por sesión:\$ 25.00	80%

➤ 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.	80%
➤ Exámenes de Laboratorio y Patología. Estudios Radiológicos con o sin contraste, todo incluido.	80%
Estudios de Imagenología, TAC, IRM, o similares. Solamente si son prescritos por un médico tratante y relacionado a una enfermedad amparada por la póliza.	
TRATAMIENTO AMBULATORIO EN CLINICA U HOSPITAL	
Posterior a la aplicación del deducible seleccionado y coaseguro que aplique, de acuerdo a gastos usuales y acostumbrados.	
➤ Cirugía Menor Ambulatoria realizada en Clínica Habilitada u Hospital (incluye Honorarios Médicos; Exámenes de Laboratorio; Medicamentos y Materiales de Reposición Periódica) Requiere ser Preautorizada y Coordinada por la Compañía	80%
➤ Tratamiento de Radioterapia, Quimioterapia, Diálisis Peritoneal u Ozonoterapia Requiere ser Preautorizada y Coordinada por la Compañía	80%
MATERNIDAD	
Posterior a la aplicación del deducible seleccionado y coaseguro que aplique, de acuerdo a gastos usuales y acostumbrados.	
➤ Cuidados por Maternidad, sea parto natural, 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. Máximo por Gestación U\$ 2,000.00	Atenciones Ambulatorias 80% Hospitalizaciones 85%
➤ 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. Máximo de U\$ 500.00 por Recién Nacido	Atenciones Ambulatorias 80% Hospitalizaciones 85%
➤ 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 al momento de efectuado el diagnóstico. Hasta un Máximo Vitalicio de U\$ 25,000.00	Atenciones Ambulatorias 80% Hospitalizaciones 85%
BENEFICIOS ADICIONALES	
Posterior a la aplicación del deducible seleccionado y coaseguro que aplique, de acuerdo a gastos usuales y acostumbrados.	

➤ Cuidados de Enfermera Titulada Solo si es prescrito por el Médico Tratante y debe ser Preautorizado por la Compañía. 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: \$30.00	80%
➤ Atención Dental de Emergencia por Accidente; cuando consecuencia de un accidente se produce una fractura o pérdida de una pieza dental sana. Monto Máximo Anual: \$ 5,000.00	80%
➤ Enfermedades Epidémicas Todo tipo de Enfermedad Epidémica Declarada a nivel Nacional o Regional. Monto Máximo Anual : \$ 5,000.00	80%
BENEFICIOS DE TRANSPORTE POR EVACUACION	
Posterior a la aplicación del deducible seleccionado y coaseguro que aplique, de acuerdo a gastos usuales y acostumbrados.	
➤ Ambulancia Terrestre Local Máximo por Evento: \$ 100.00	80%
➤ Avión Comercial (aplica únicamente al Asegurado) Máximo dos viajes (boletos aéreos en clase económica) por año Póliza. Máximo por Evento: \$ 250.00	80%

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 XXX días del mes de XXX del XXXXX.

Firma autorizada

Seguros America, S. A.

Resolución: SIB-OIF-XX-336-2012

Fecha: 21 de noviembre de 2012