

Sección de Transplante de Organos

Tabla de Beneficios

Esta póliza pagará 100% de los Cargos por beneficios cubiertos bajo la Sección de Transplante de Organos incurridos necesaria y razonablemente hasta la Cantidad Máxima Asegurada durante la vida de la póliza de US\$150,000 por persona, por reclamaciones causadas por un Procedimiento de Transplante Cubierto, menos cualquier Deducible y Co-Aseguro, si aplicables, por los siguientes Servicios de Transplante Cubiertos:

Procedimientos de Transplante Cubiertos:

Cualquiera de los trasplantes de órganos y tejidos humanos Medicamente necesarios:

1. corazón
2. corazón/pulmón
3. pulmón
4. hígado
5. páncreas
6. riñón/páncreas
7. riñón

Servicios de Transplante Cubiertos:

1. Servicios hospitalarios y ambulatorios.
2. Servicios médicos para diagnóstico, tratamiento y cirugía para un Procedimiento de Transplante Cubierto.
3. Servicios diagnósticos.
4. Obtención de un órgano o tejido, incluyendo servicios administrados al donante vivo de un órgano o tejido para procurar un órgano o tejido; los servicios cubiertos están limitados a los gastos de la adquisición lograda, y los beneficios están sujetos a las cantidades mostradas en la Sección de Beneficio Máximo.
5. Costos de transporte razonables y necesarios para viaje relacionado al procedimiento de Transplante Cubierto para el receptor del trasplante y un acompañante durante un Período de Beneficio. Los Beneficios de transporte están sujetos a las cantidades mostradas en la Sección de Beneficio Máximo.

Si el receptor es un menor, los costos de transporte para dos acompañantes pueden ser cubiertos. Los Beneficios para transporte están sujetos a las cantidades mostradas en la Sección de Beneficio Máximo.

Alojamiento razonable y necesario y gastos de comidas incurridos por el receptor y su(s) acompañante(s), relacionados con el Procedimiento de Transplante Cubierto durante el Período de Beneficios. Los Beneficios de alojamiento y comidas están sujetos a las cantidades mostradas en la Sección de Beneficio Máximo.

Los recibos desglosados en forma satisfactoria a la Compañía deberán ser sometidos por el Asegurado al presentar las reclamaciones.

6. El alquiler de equipo médico duradero para uso fuera del hospital. Los cargos cubiertos están limitados al precio de compra del mismo equipo.

7. Prescripciones facultativas, incluyendo medicinas inmuno-supresivas.
8. Oxígeno
9. Terapia del Habla, Terapia Ocupacional, Terapia Física, y Quimioterapia.
10. Vendas quirúrgicas y suministros.
11. Servicios y provisiones para y relacionadas con Altas Dosis de Quimioterapia cuando son parte de un plan de tratamiento que incluye Quimioterapia en Altas Dosis.

Los Beneficios se pagan de la forma siguiente:

En una Institución de Transplante Participante.

100% de los Cargos Cubiertos para Servicio de Transplante Cubiertos, suministrados a través de una Institución de Transplante Participante, con respecto al tipo de Procedimiento de Transplante Cubierto realizado. Sin embargo, los límites cubiertos bajo esta póliza y los beneficios pagados, en ningún momento podrán exceder los Beneficios Máximos de la Sección de Transplante de Organos.

En Institución de Transplante No-Participante.

Lo menor del 80% de los cargos facturados, ó el 80% de las cantidades establecidas en la siguiente Tabla de Servicios para Transplante Cubiertos, suministrados a través de Instituciones de Transplante No-Participantes, con respecto al tipo de Procedimiento de Transplante Cubierto realizado. Sin embargo, en ningún momento los límites cubiertos bajo esta póliza excederán los de la Sección de Transplante de Organos ni los beneficios pagaderos exceder la Sección de Beneficio Máximo de la Sección de Transplante de Organos.

Los nombres de Facilidades de Transplante Participantes están disponibles a través de:

Morgan-White Administrators International, Inc.
3191 Coral Way, Suite 704
Miami, FL 33145 USA
Tel.: (305) 442-0899

Tabla de Transplante de Organos Humanos para Instituciones de Transplante No-Participantes:

Los Beneficios pagados son lo menor del 80% de los cargos facturados, o el 80% de las cantidades señaladas a continuación:

Procedimiento	Cantidades Máximas	
	No-EUA	EUA
Corazón	\$50,000	\$100,000
Corazón/Pulmón	\$50,000	\$100,000
Pulmón	\$50,000	\$100,000
Hígado	\$50,000	\$100,000
Páncreas	\$50,000	\$100,000
Riñón/Páncreas Simultáneos	\$50,000	\$100,000
Riñón	\$30,000	\$ 30,000

SECCION DE BENEFICIO MAXIMO

1. Transporte/Alojamiento/Comidas

El máximo de US\$200.00 por día para alojamiento y comidas, por Procedimiento de Transplante Cubierto. US\$10,000 para todo el transporte, alojamiento y comidas por Procedimiento de Transplante Cubierto. Los recibos desglosados en forma satisfactoria a la Compañía, deben ser sometidos por el Asegurado cuando presenta la reclamación.

2. Obtención de Organos

Los pagos de la Compañía por los gastos de procurar el órgano o tejido del donante no excederán las siguientes cantidades máximas por Procedimiento de Transplante Cubierto:

Corazón	US\$17,500
Corazón/Pulmón	US\$17,500
Pulmón	US\$17,500
Hígado	US\$22,500
Páncreas	US\$25,000
Riñón/Páncreas	US\$25,000
Riñón	US\$10,000

3. Máximo para todos los Servicios de Transplante Cubiertos:

La cantidad total en Dólares que la Compañía pagará es \$250,000 por Asegurado para todos los Servicios de Transplante Cubiertos, incluyendo el Procedimiento de Transplante Cubierto, bajo esta Póliza o cualquier contrato o póliza para Transplante de Organos y Tejidos humanos de la Compañía, ya sea anterior o sucesivo. Las cantidades máximas mostradas para Transporte, Alojamiento, Comidas, y obtención del órgano, están incluídas y son descontadas de este Máximo para todos los Servicios de Transplante Cubiertos. El límite máximo pagadero será aplicable solamente después que el Deducible y cualquier Co-aseguro hayan sido agotados.

Límite:

Si un Procedimiento de Transplante Cubierto no se realiza en la fecha indicada debido a la condición médica o fallecimiento del paciente receptor del órgano, los beneficios se pagarán por los Servicios de Transplante Cubiertos hasta que suceda lo primero de:

1. El fallecimiento del receptor, o
2. la fecha en que el médico del paciente receptor decida no realizar el transplante.

Transplantes Múltiples

Si un paciente receptor requiere más de un Procedimiento de Transplante Cubierto, la Compañía considerará el reembolso de los Servicios de Transplante Cubiertos durante cada Período de Beneficio en la siguiente forma:

1. Si cada transplante se debe a causas independientes, cada uno es considerado como un Período de Beneficio separado.
2. Si cada transplante se debe a causas relacionadas, cada uno es considerado como un Período de Beneficio separado si los transplantes se separan por lo menos 90 días.
3. Si los transplantes se deben a causas relacionadas, están considerados como un solo Período de Beneficio cuando no se separan en la forma descrita en el párrafo 2 antes mencionado.

Manejo del Caso

La Compañía o el Administrador puede aprobar la continuación de las necesidades de cuidado del Asegurado y discutir medios alternativos de atención médica, menos costosas, con el médico del Asegurado. La cobertura se proveerá para alternativas menos costosas, aún si dicho método alternativo no está específicamente establecido como cubierto bajo esta Póliza. El Deducible, el Co-aseguro y las cantidades máximas contenidas en esta Póliza se aplicarán al cuidado alternativo.

No hay penalidad si el Asegurado o el médico no aceptan el método alternativo propuesto.

PROVISIONES ADICIONALES Y DEFINICIONES DE LA POLIZA PARA TRANSPLANTES DE ORGANOS

1. PERIODO DE BENEFICIO: El período de tiempo:

- a. comenzando en la fecha en que el Asegurado recibe los primeros servicios directamente relacionados a evaluación como candidato para un Procedimiento de Transplante Cubierto; y
- b. terminando con lo primero de:
 1. la fecha 12 meses después que el Procedimiento de Transplante Cubierto se realiza; o
 2. la fecha de cancelación de esta Póliza.

Si esta Póliza es renovada o reemplazada con una póliza similar emitida por la Compañía, el remanente de días sin usar de dicho período de 12 meses continuará hasta que se complete bajo la nueva póliza.

2. PROCEDIMIENTO(S) DE TRANSPLANTE(S) CUBIERTO(S):

Cualquiera de los siguientes trasplantes de órganos y tejidos humanos que sean médicamente necesarios: (1) corazón; (2) corazón/pulmón; (3) pulmón; (4) hígado; (5) páncreas; (6) riñón/páncreas; y (7) riñón.

3. PROVEEDOR: Las instituciones e individuos listados a continuación:

Instituciones proveedoras:

Laboratorio Clínico: Un laboratorio que realiza procedimientos clínicos y no está afiliado o asociado con un médico del hospital u otro proveedor.

Hospital significa una institución para cuidado agudo general hospitalario de corta duración y el cual:

1. es una institución debidamente licenciada
2. está primeramente dedicada a proveer diagnóstico y servicios terapéuticos para el diagnóstico tratamiento, y cuidado a personas ingresadas, lesionadas y enfermas, por o bajo la supervisión de médicos, por compensación de sus pacientes.
3. tiene departamentos médicos y de cirugía mayor organizados; y
4. provee servicio de enfermería 24 horas al día por o bajo la supervisión de Enfermeros Licenciados.

Institución de Transplante No Participante:

Cualquier hospital que no ha sido contratado por la Compañía o el Administrador a través de una red de transplante aplicable, para proveer procedimientos de transplante cubiertos. Un hospital puede ser una institución de transplante no-participante con respecto a:

- 1) ciertos procedimientos de transplante cubiertos; o
- 2) todos los procedimientos de transplante cubiertos.

Institución de Transplante Participante: Cualquier hospital contratado por la Compañía o el Administrador, a través de una red de transplante aplicable, para proveer procedimientos de transplante cubiertos. Un hospital puede ser una institución de transplante participante con respecto a:

- 1) ciertos procedimientos de transplante cubiertos; o
- 2) todos los procedimientos de transplante cubiertos.

Individuos Proveedores:

Terapeuta Ocupacional: Una persona licenciada como tal por el estado en el que ejerce. Si ese estado no emite dichas licencias, un Terapeuta Ocupacional es una persona certificada como tal por una organización profesional apropiada.

Terapeuta Físico: Una persona licenciada como tal por el estado en el que ejerce. Si ese estado no emite dichas licencias, un Terapeuta Físico es una persona certificada como tal por una organización profesional apropiada.

Terapeuta de Respiración/Inhalación: Una persona licenciada como tal por el estado en el que ejerce. Si ese estado no emite dichas licencias, un Terapeuta de Respiración/Inhalación es una persona certificada como tal por una organización profesional apropiada.

Patólogo del Habla y Terapeuta del Habla: Una persona licenciada como tal por el estado en el que ejerce. Si ese estado no emite dichas licencias, un Patólogo del Habla o Terapeuta del Habla es una persona certificada como tal por una organización profesional apropiada.

EXCLUSIONES ESPECIFICAS Para Transplantes de Organos

Cualquier tratamiento o medicamento o sus consecuencias derivadas, o cargos relacionados con lo siguiente, no están cubiertos bajo esta póliza a menos que esté específicamente incluido o cambiado en la Tabla de Beneficios:

1. Cualquier costo o tratamiento por transplante de órgano, que la Compañía considere ser el resultado de una Condición Pre-Existente o condición de la cual usted estaba consciente antes del comienzo de esta póliza
2. Cualquier costo relacionado con cuidado en el hogar.
3. Servicios e implementos para inmunizaciones.
4. Transplantes de órganos animales o artificiales.
5. Cargos de mantenimiento de un médico.
6. Servicios, implementos, o atención hospitalaria que a juicio de los consultores médicos de la Compañía, no son médicamente necesarios para el tratamiento de enfermedad, lesión, condición de enfermedad, o incapacidad, excepto cuando se establece específicamente como cubierto.
7. Cuidado de Custodia o de Rehabilitación y Terapia.
8. Cargos por cualquier tratamiento experimental o investigativo, procedimiento, institución, equipo, medicina, suministro o dispositivo, excepto como se especifica en la Sección de Beneficios Máximos de esta póliza.
9. Cargos pagados o pagaderos bajo Compensación Laboral.
10. Cuidado preventivo o de rutina, incluyendo exámenes físicos, pre-maritales, y cualquier otro examen periódico o rutinario, excepto si está específicamente cubierto.
11. Estudios de investigación y de eliminación.
12. Servicios o implementos que usted no está legalmente obligado a pagar.
13. Gastos incurridos antes de comenzar la cobertura o después que termina, excepto si se establece como cubierto.
14. Curas de reposo o cuidado en sanatorios.
15. Servicios o implementos proveídos por una persona o institución que actúa más allá del campo de su licencia.
16. Servicios o suministros proporcionados por un departamento dental o médico mantenido por, o a favor de un grupo, asociación de beneficio mutuo, sindicato, trust, o persona o grupo similar.
17. Servicios suplidos por cualquier agencia de gobierno, por los cuales a usted no le cobran, excepto cuando esta exclusión es conflictiva con leyes estatales y federales.
18. Servicios o suministros no establecidos específicamente como cubiertos.
19. Consultas telefónicas, cargos por faltar a una cita, o cargos por completar una planilla de reclamación.
20. Terapia de recreo o entretenimiento.
21. Materiales usados en terapia ocupacional.
22. Artículos de higiene personal y para comodidad, tales como acondicionadores de aire, humectantes, bañeras calientes, turbinas, o equipo para ejercicio físico, aún si un médico receta dichos artículos.
23. Hospitalización para cambio de ambiente y todos los cargos relacionados.
24. Servicios y suministros por cualquier proveedor fuera de los Estados Unidos de América, que están en exceso de las cantidades en la Sección de Beneficios Máximos detallados en esta Póliza.
25. Servicios y aditamentos elegibles a ser reembolsados por cualquier fondo de investigación privado o público, sin importar si dichos fondos fueron solicitados o recibidos.
26. Servicios y suministros para tratamiento de complicaciones, a menos que la Compañía determine que son el resultado inmediato y directo de un Procedimiento de Transplante Cubierto.
27. Servicios y suministros administrados en conexión con un Procedimiento de Transplante Cubierto que no se realizó durante un período de beneficios.
28. Transplantes de Médula Osea en ninguna forma.
29. Medicamentos inmuno-represivos para el tratamiento o prevención de rechazo de corazón, corazón/pulmón, pulmón, hígado, páncreas, riñón o riñón/páncreas, después de terminado el Período de Beneficios. Esta Póliza no pagará beneficios después de terminarse el Período de beneficios.