







<b>Beneficios Máximos Reembolsables</b>	<b>MEDIRED ELITE Infinity</b>	<b>MEDIRED Infinity</b>
<b>Máximo Anual Renovable</b>	\$500,000	\$300,000
Cobertura	Panamá e Internacional	Panamá, Centroamérica y Colombia
<b>Red de Proveedores</b>	Medired	Medired
<b>Hospitales</b>		
Ciudad de Panamá	Todos los de la Red	Todos los de la Red
Interior y Colón	Todos los de la Red	Todos los de la Red
<b>Otros Proveedores</b>	Todos los de la Red	Todos los de la Red
<b>Fuera de Panamá</b>	BCBS - Red PPO	BCBS - Red PPO
<b>Deducible por Año Póliza por Asegurado:</b>		
Panamá, Centroamérica y Colombia	\$300.00	\$300.00
Otros Países		
Urgencias	\$1,000.00	No Aplica
Casos Electivos o Programados	\$5,000.00	No Aplica
<b>Stop Loss</b>		
Panamá, Centroamérica y Colombia	\$5,000	\$5,000
Otros Países	\$10,000	No Aplica
<b>Reclusión en el Hospital</b>	<b>CO PAGO POR EVENTO</b>	<b>CO PAGO POR EVENTO</b>
Cuarto y Alimentación Diario - Privada PCC y Semi Privado Otros Países	San Fernando y Santa Fe \$250.00	San Fernando y Santa Fe \$250.00
Cuidado Intensivo o Semi Intensivo Diario	Pacífica Salud \$300.00	Pacífica Salud \$300.00
Servicios Hospitalarios (Cargos Misceláneos)	Hosp. Nacional y Paitilla \$400.00	Hosp. Nacional y Paitilla \$400.00
Cirugía (Honorarios Médicos)	The Panama Clinic \$500.00	The Panama Clinic \$500.00
Anestesia (Honorarios Médicos)	Interior y Colón \$200.00	Interior y Colón \$200.00
Visitas Intrahospitalarias (Honorarios Médicos)		
Médico Tratante (1 visita al día, más de 1 requiere pre-autorización)	Máximo 10 días. A partir del 10mo primer día se cubrirá al 80% (coaseguro 20%)	Máximo 10 días. A partir del 10mo primer día se cubrirá al 80% (coaseguro 20%)
Médico Adicional (Requiere Pre-autorización)		
<b>Servicios Ambulatorios</b>		
Consulta Externa en Clínica Satélite - Médico General	Sin Co-pago	Sin Co-pago
Consulta Externa en Clínica Satélite - Médico Especialista	Co Pago \$10.00	Co Pago \$10.00
Consulta Externa con Médico General - Red de Proveedores	Co Pago \$12.00	Co Pago \$12.00
Consulta Externa con Médico Especialista - Red de Proveedores	Co Pago \$20.00	Co Pago \$20.00
Consulta Externa con Médico Sub Especialista - Red de Proveedores	Co Pago \$25.00	Co Pago \$25.00
Rayos X y Laboratorios	Co Pago 25%	Co Pago 25%
Exámenes Especiales	Co Pago 30%	Co Pago 30%
Pruebas o Estudios Diagnósticos	Co Pago 30%	Co Pago 30%
Procedimientos Especiales	Co Pago 30%	Co Pago 30%

Beneficios Máximos Reembolsables		
Medicamentos Recetados Innovador o Comercial Bioequivalente o Genérico	Reembolso del 80%, aplica deducible Reembolso del 90%, aplica deducible	Reembolso del 80%, aplica deducible Reembolso del 90%, aplica deducible
Terapias Físicas y de Rehabilitación En exceso sujeto a aprobación	Co Pago \$10.00	Co Pago \$10.00
Acupuntura (Requiere Pre-autorización)	Co Pago \$15.00 Máximo Anual 5 sesiones Máximo Vitalicio 20 sesiones	Co Pago \$15.00 Máximo Anual 5 sesiones Máximo Vitalicio 20 sesiones
Quiropráctica (Requiere Pre-autorización)	Co Pago \$15.00 Máximo Anual 20 sesiones	Co Pago \$15.00 Máximo Anual 20 sesiones
Inhaloterapias o Nebulizaciones	Co Pago \$10.00	Co Pago \$10.00
Quimioterapias, Radioterapias y Hemodiálisis	Co Pago 30%	Co Pago 30%
Tratamiento Dirigido, Inmunoterapia, Monoclonales y hormonoterapia	Co Pago 30% Máximo Anual \$100,000.00	Co Pago 30% Máximo Anual \$60,000.00
Equipo Médico Durable - (Requiere Pre-autorización)	80% aplica deducible Máximo Vitalicio \$2,500.00	No cubierto
<b>Cuarto de Urgencias</b>		
Accidente	100% no aplica deducible	100% no aplica deducible
Enfermedad - Críticas Detalladas (*)	100% no aplica deducible	100% no aplica deducible
Enfermedad No Crítica Detallada	Co Pago \$75.00	Co Pago \$75.00
<b>Cirugía Ambulatoria</b>		
<b>Realizadas en el Hospital, Clínica o Centro de Cirugía Ambulatoria</b>		
<b>(Cargos Misceláneos y Honorarios Médicos)</b>		
Hospital San Fernando, Santa Fé y Centros Ambulatorios	Co Pago \$200.00	Co Pago \$200.00
Pacífica Salud	Co Pago \$250.00	Co Pago \$250.00
Hospital Nacional y Paitilla	Co Pago \$350.00	Co Pago \$350.00
The Panama Clinic	Co Pago \$450.00	Co Pago \$450.00
Colón e Interior del País	Co Pago \$150.00	Co Pago \$150.00
<b>En Consultorio Médico (Cargos Misceláneos y Honorarios Médicos)</b>	Co Pago 30%	Co Pago 30%
<b>Maternidad</b>		
<b>Aplica para Aseguradas Principales y Cónyuges, solteras y casadas)</b>		
Período de Espera para iniciar el Embarazo	12 meses para quedar embarazada	12 meses para quedar embarazada
Máximo por Evento	\$7,500.00	\$5,000.00
<b>Cobertura</b>		
Panamá, Centroamérica y Colombia	Según beneficio	Según beneficio
Otros Países	80% aplica deducible	No Aplica
<b>Reclusión en el Hospital</b>		
Habitación	Suite	Suite
Anestesia (Epidural en Parto Normal)	Incluída	Incluída
Salpingectomía	Máximo por Evento \$1,000.00	No cubierto

Beneficios Máximos Reembolsables		
<b>Servicios Ambulatorios</b> Consulta Prenatales Ultrasonidos Obstétricos Monitoreos Fetales Ultrasonidos 4D Laboratorios Medicamentos y Vitaminas	Co Pago \$20,00 Co Pago 25% Co Pago 25% Co Pago 25% / Máximo 2 Co Pago 25% Según beneficio	Co Pago \$20,00 Co Pago 25% Co Pago 25% No cubierto Co Pago 25% Según beneficio
<b>Recién Nacido Sano o con Condición Médica de no prematuridad</b> <b>Niños Nacidos bajo Póliza</b> Tamizaje Neonatal Ampliado Circuncisión	100% no aplica deducible Máximo por Evento \$10,000.00 Máximo por Evento \$200.00 Durante el evento	100% no aplica deducible Máximo por Evento \$10,000.00 Máximo por Evento \$200.00 Durante el evento
<b>Recién Nacido Prematuro - Niños Nacidos bajo la Póliza</b>	100% no aplica deducible Máximo por evento \$20,000.00	100% no aplica deducible Máximo por evento \$15,000.00
<b>Enfermedad Congenita, Hereditaria o Adquirida</b> Recién nacidos en póliza. Aplica desde el primer día de nacido	100% no aplica deducible Máximo Vitalicio por niño \$30,000.00	100% no aplica deducible Máximo Vitalicio por niño \$30,000.00
<b>Medicina Preventiva</b>		
<b>Niños Sanos</b> Consulta de Control 0 a 12 meses 8 visitas al año 13 a 24 meses 4 visitas al año 3 a 6 años (cumplidos) 2 visitas al año Vacunas de Control - según tabla de beneficios Vacunas del VPH para niños y niñas (3 aplicaciones) Exámenes de Control Anual (Hemograma, Heces, Urinálisis, Glucosa)	Co Pago 50% Co Pago 50% Co Pago 50% Co Pago 50% Co Pago 50% Co Pago 50%	Co Pago 50% Co Pago 50% Co Pago 50% Co Pago 50% Co Pago 50% No cubierto
<b>Mujeres (No cubierto a hijas dependientes)</b> Cita de Control anual y Papanicolau Mamografía anual a partir de los 35 años Examen anual de control a partir de 45 años/Ver detalle en Tabla	Co Pago 50% Co Pago 50% 100% no aplica deducible Máximo Anual \$100.00	Co Pago 50% Co Pago 50% No cubierto
<b>Hombres</b> Antígeno Prostático anual a partir de los 35 años (PSA) Examen anual de control a partir de 45 años/Ver detalle en Tabla	Co Pago 50% 100% no aplica deducible Máximo Anual \$100.00	Co Pago 50% No cubierto
<b>Sida</b>	100% no aplica deducible Máximo Anual \$5,000.00 Máximo Vitalicio \$25,000.00	100% no aplica deducible Máximo Anual \$5,000.00 Máximo Vitalicio \$25,000.00
<b>Trastornos Mentales y Nerviosos</b>	100% no aplica deducible Máximo Anual \$5,000.00 Máximo Vitalicio \$25,000.00	100% no aplica deducible Máximo Anual \$5,000.00 Máximo Vitalicio \$25,000.00
<b>Cobertura Dental</b>	100% no aplica deducible Máximo Anual \$500.00	100% no aplica deducible Máximo Anual \$250.00

Beneficios Máximos Reembolsables		
<b>Transplante de Órganos y Tejidos</b> <b>Período de Espera</b>	80% no aplica deducible 6 meses desde la inclusión Máximo Vitalicio \$250,000.00	80% sin aplicar deducible 12 meses desde la inclusión Máximo Vitalicio \$150,000.00
<b>Servicios Privados de Enfermería</b>	100% no aplica deducible Maximo Vitalicio 30 turnos de 8 horas c/u	100% no aplica deducible Maximo Vitalicio 30 turnos de 8 horas c/u
<b>Servicio de Ambulancia</b> Terrestre Panamá *Ambulancia Privada para Emergencias Aérea Panamá Terrestre o Aérea Internacional	Máximo por Evento \$300.00 100% Afiliación Incluida Máximo por Evento \$2,500.00 80% no aplica deducible Máximo por Evento \$10,000.00	Máximo por Evento \$300.00 100% Afiliación Incluida Máximo por Evento \$2,500.00 No cubierto
<b>Pasaje Aéreo / Aplica al Asegurado Principal</b> Solo por hospitalización de un asegurado y según necesidad médica	100% no aplica deducible Pasaje Ida y Vuelta / Clase Económica	No cubierto
<b>Gastos de Repatriación</b> En caso que un Asegurado fallezca fuera de la República de Panamá	100% no aplica deducible Máximo por Evento \$5,000.00	No cubierto
<b>Beneficios Adicionales / Asegurado Principal y Dependientes</b> Cobertura de Nutricionista Cobertura Óptica - Compra de Anteojos Recetados Alergias	100% no aplica deducible Máximo Anual \$100.00 Máximo Anual \$200.00 Máximo Anual \$500.00	100% no aplica deducible No cubierto No cubierto Máximo Anual \$250.00
<b>Exoneración de Pago de Primas</b> Para los dependientes asegurados, en caso de fallecimiento del Principal por condición médica cubierta	100% de la prima Período Máximo: Tres (3) meses	100% de la prima Período Máximo: Tres (3) meses
<b>Servicios Fuera de la Red de Proveedores</b> Aplica para todos los beneficios detallados en esta tabla	Reembolso del 60% sobre los costos pactados con Proveedores en Panamá	Reembolso del 60% sobre los costos pactados con Proveedores en Panamá
<b>Urgencias Médicas Fuera de Panamá</b>	Bajo la cobertura internacional	Fuera de Panamá, CA y Colombia 60% sobre los costos pactados en Panamá
<b>Cobertura Fuera de Panamá</b>	Según Tabla de Beneficios	Incluido en CA y Colombia

Beneficios Máximos Reembolsables	MEDIRED <b>ELITE</b> Infinity	MEDIRED Infinity
<b>Primas Mensuales</b>		
18 a 25	\$ 87.20	\$ 72.10
26 a 29	\$ 98.20	\$ 81.40
30 a 34	\$ 112.70	\$ 93.00
35 a 39	\$ 127.30	\$ 107.20
40 a 44	\$ 136.80	\$ 114.40
45 a 49	\$ 166.10	\$ 151.90
50 a 54	\$ 199.20	\$ 174.00
55 a 59	\$ 232.60	\$ 212.60
60 a 64	\$ 284.00	\$ 266.40
65 a 69	\$ 379.30	\$ 349.10
70 a 74	\$ 485.10	\$ 458.30
75 a 79	\$ 576.10	\$ 550.10
80 o más	\$ 640.30	\$ 605.00
<b>Hijos</b>		
1 Hijo	\$ 79.10	\$ 66.10
2 Hijos	\$ 154.20	\$ 129.00
3 Hijos	\$ 229.20	\$ 191.70
4 Hijos	\$ 304.20	\$ 254.50
5 Hijos	\$ 379.40	\$ 317.30
Hijo Adicional	\$ 75.10	\$ 62.80

Primas no incluyen impuesto

**Esta información se debe tomar solo como ilustración, para los términos y condiciones contractuales referase al contrato póliza.**



**Internacional  
de Seguros**

Respalda la calidad y el servicio  
del seguro de salud.

Sensible

Suscrito y Administrado por Cía. Internacional de Seguros, S.A. Licenciatario Independiente de Blue Cross an Blue Shield Association.  
Autorizado para operar como Blue Cross and Blue Shield of Panama.

Regulado y Supervisado por SSRP. 