

| Beneficios Máximos Reembolsables | MEDIRED ELITE | MEDIRED | MEDIRED INTEGRAL | MEDIRED SELECTO | MEDIRED 100 |
|---|---|---|---|---|---|
| Máximo Vitalicio por Asegurado | \$500,000 | \$300,000 | \$200,000 | \$200,000 | \$100,000 |
| Cobertura | Panamá e Internacional | Panamá | Panamá | Panamá | Panamá |
| Red de Proveedores | Medired | Medired | Medired | Medired | Medired |
| Hospitales | | | | | |
| Ciudad de Panamá | Todos los de la Red | Todos los de la Red | San Fernando Santa Fe Pacífica Salud | San Fernando Santa Fe Pacífica Salud | San Fernando Santa Fe Pacífica Salud |
| Interior y Colón | Todos los de la Red | Todos los de la Red | Todos los de la Red | Todos los de la Red | Todos los de la Red |
| Otros Proveedores | Todos los de la Red | Todos los de la Red | Todos los de la Red | Todos los de la Red | Todos los de la Red |
| Fuera de Panamá | BCBS - Red PPO | No Aplica | No Aplica | No Aplica | No Aplica |
| Deducible por Año Póliza por Asegurado: | | | | | |
| Panamá, Centroamérica y Colombia | \$300.00 | \$300.00 Panamá | \$250.00 Panamá | No Aplica | No Aplica |
| Otros Países | | | | | |
| Urgencias | \$1,000.00 | No Aplica | No Aplica | No Aplica | No Aplica |
| Casos Electivos o Programados | \$7,000.00 | No Aplica | No Aplica | No Aplica | No Aplica |
| Stop Loss | | | | | |
| Panamá, Centroamérica y Colombia | \$10,000 | \$4,000 Panamá | \$4,000 Panamá | \$4,000 Panamá | \$4,000 Panamá |
| Otros Países | Aplica el mismo de PCC | No Aplica | No Aplica | No Aplica | No Aplica |
| Reclusión en el Hospital | CO PAGO POR DÍA | CO PAGO POR DÍA | CO PAGO POR DÍA | CO PAGO POR DÍA | CO PAGO POR DÍA |
| Cuarto y Alimentación Diario | San Fernando y Santa Fe \$150.00 | San Fernando y Santa Fe \$150.00 | San Fernando y Santa Fe \$150.00 | San Fernando y Santa Fe \$150.00 | San Fernando y Santa Fe \$150.00 |
| Cuidado Intensivo o Semi Intensivo Diario | Pacífica Salud \$200.00 | Pacífica Salud \$200.00 | Pacífica Salud \$200.00 | Pacífica Salud \$200.00 | Pacífica Salud \$200.00 |
| Servicios Hospitalarios (Cargos Misceláneos) | Hosp. Nacional y Paitilla \$250.00 | Hosp. Nacional y Paitilla \$250.00 | Interior y Colón \$100.00 | Interior y Colón \$100.00 | Interior y Colón \$100.00 |
| Cirugía (Honorarios Médicos) | The Panama Clinic \$300.00 | The Panama Clinic \$300.00 | | | |
| Anestesia (Honorarios Médicos) | Interior y Colón \$100.00 | Interior y Colón \$100.00 | | | |
| Visitas Intrahospitalarias (Honorarios Médicos) | Máximo 10 días. A partir del 10mo primer día se cubrirá al 80% (coaseguro 20%) con excepción de Gastos Médicos Mayores los cuales se cubrirán al 80%, desde el primer día | Máximo 10 días. A partir del 10mo primer día se cubrirá al 80% (coaseguro 20%) con excepción de Gastos Médicos Mayores los cuales se cubrirán al 80%, desde el primer día | Máximo 10 días. A partir del 10mo primer día se cubrirá al 80% (coaseguro 20%) con excepción de Gastos Médicos Mayores los cuales se cubrirán al 80%, desde el primer día | Máximo 10 días. A partir del 10mo primer día se cubrirá al 80% (coaseguro 20%) con excepción de Gastos Médicos Mayores los cuales se cubrirán al 80%, desde el primer día | Máximo 10 días. A partir del 10mo primer día se cubrirá al 80% (coaseguro 20%) con excepción de Gastos Médicos Mayores los cuales se cubrirán al 80%, desde el primer día |
| Médico Tratante (1 visita al día, más de 1 requiere pre-autorización) | | | | | |
| Médico Adicional (Requiere Pre-autorización) | | | | | |
| Servicios Ambulatorios | | | | | |
| Consulta Externa en Clínica Satélite - Médico General | Sin Co-pago | Sin Co-pago | Sin Co-pago | Sin Co-pago | Sin Co-pago |
| Consulta Externa en Clínica Satélite - Médico Especialista | Co Pago \$10.00 | Co Pago \$10.00 | Co Pago \$10.00 | Co Pago \$10.00 | Co Pago \$10.00 |
| Consulta Externa con Médico General - Red de Proveedores | Co Pago \$12.00 | Co Pago \$12.00 | Co Pago \$12.00 | No cubierto | Co Pago \$12.00 |
| Consulta Externa con Médico Especialista - Red de Proveedores | Co Pago \$20.00 | Co Pago \$20.00 | Co Pago \$20.00 | No cubierto | Co Pago \$20.00 |
| Consulta Externa con Médico Sub Especialista - Red de Proveedores | Co Pago \$25.00 | Co Pago \$25.00 | Co Pago \$25.00 | No cubierto | Co Pago \$25.00 |
| Rayos X y Laboratorios | Co Pago 25% | Co Pago 25% | Co Pago 25% | No cubierto | Co Pago 35% |
| Exámenes Especiales | Co Pago 30% | Co Pago 30% | Co Pago 35% | No cubierto | No cubierto |
| Pruebas o Estudios Diagnósticos | Co Pago 30% | Co Pago 30% | Co Pago 35% | No cubierto | No cubierto |
| Procedimientos Especiales | Co Pago 30% | Co Pago 30% | Co Pago 35% | No cubierto | No cubierto |
| Medicamentos Recetados | Máximo Anual \$15,000.00 | Máximo Anual \$10,000.00 | Máximo Anual \$5,000.00 | No cubierto | Máximo Anual \$2,500.00 |
| Innovador o Comercial | Reembolso del 80%, aplica deducible | Reembolso del 80%, aplica deducible | Reembolso del 80%, aplica deducible | | 50% sin deducible |
| Bioequivalente o Genérico | Reembolso del 90%, aplica deducible | Reembolso del 90%, aplica deducible | Reembolso del 90%, aplica deducible | | 60% sin deducible |

| Beneficios Máximos Reembolsables | MEDIRED ELITE | MEDIRED | MEDIRED INTEGRAL | MEDIRED SELECTO | MEDIRED 100 |
|---|---|---|---|---|---|
| Terapias Físicas y de Rehabilitación En exceso sujeto a aprobación | Co Pago \$10.00 Máximo Anual 15 Sesiones | Co Pago \$10.00 Máximo Anual 15 Sesiones | Co Pago \$10.00 Máximo Anual 15 Sesiones | No cubierto | Co Pago \$10.00 Máximo Anual 10 Sesiones |
| 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 | No cubierto | No cubierto | No cubierto |
| Quiropráctica (Requiere Pre-autorización) | Co Pago \$15.00 Máximo Anual 20 sesiones | Co Pago \$15.00 Máximo Anual 20 sesiones | No cubierto | No cubierto | No cubierto |
| Inhaloterapias o Nebulizaciones | Co Pago \$10.00 | Co Pago \$10.00 | Co Pago \$10.00 | No cubierto | Co Pago \$10.00 - Máximo Anual 10 |
| Quimioterapias, Radioterapias y Hemodiálisis / Ambulatorias | Co Pago 30% | Co Pago 30% | Co Pago 35% | Co Pago 35% | No cubierto |
| Tratamiento Dirigido, Inmunoterapia, Monoclonales y hormonoterapia | Co Pago 30% Máximo Vitalicio \$100,000.00 | Co Pago 30% Máximo Vitalicio \$60,000.00 | Co Pago 35% Máximo Vitalicio \$40,000.00 | Co Pago 35% Máximo Vitalicio \$30,000.00 | No cubierto |
| Equipo Médico Durable - (Requiere Pre-autorización) | 80% aplica deducible Máximo Vitalicio \$2,500.00 | No cubierto | No cubierto | No cubierto | No cubierto |
| Cuarto de Urgencias | | | | | |
| Accidente | 100% sin deducible | 100% sin deducible | 100% sin deducible | 100% sin deducible | 100% sin deducible |
| Enfermedad - Críticas Detalladas (*) | 100% sin deducible | 100% sin deducible | 100% sin deducible | 100% sin deducible | 100% sin deducible |
| Enfermedad No Crítica Detallada | Co Pago \$75.00 Máximo por evento \$300.00 | Co Pago \$75.00 Máximo por evento \$300.00 | Co Pago \$75.00 Máximo por evento \$300.00 | Co Pago \$75.00 Máximo por evento \$300.00 | Co Pago \$75.00 Máximo por evento \$300.00 |
| Cirugía Ambulatoria | | | | | |
| Realizadas en el Hospital, Clínica o Centro de Cirugía Ambulatoria (Cargos Misceláneos y Honorarios Médicos) | | | | | |
| Hospital San Fernando, Santa Fé y Centros Ambulatorios | Co Pago \$200.00 | Co Pago \$200.00 | Co Pago \$200.00 | Co Pago \$200.00 | Co Pago \$200.00 |
| Pacífica Salud | Co Pago \$300.00 | Co Pago \$300.00 | Co Pago \$300.00 | Co Pago \$300.00 | Co Pago \$300.00 |
| Hospital Nacional y Paitilla | Co Pago \$350.00 | Co Pago \$350.00 | No cubierto | No cubierto | No cubierto |
| The Panama Clinic | Co Pago \$450.00 | Co Pago \$450.00 | No cubierto | No cubierto | No cubierto |
| Colón e Interior del País | Co Pago \$150.00 | Co Pago \$150.00 | Co Pago \$150.00 | Co Pago \$150.00 | Co Pago \$150.00 |
| En Consultorio Médico (Cargos Misceláneos y Honorarios Médicos) | Co Pago 30% Con excepción de Gastos Médicos Mayores los cuales se cubrirán al 80%, desde el primer día | Co Pago 30% Con excepción de Gastos Médicos Mayores los cuales se cubrirán al 80%, desde el primer día | Co Pago 30% Con excepción de Gastos Médicos Mayores los cuales se cubrirán al 80%, desde el primer día | Co Pago 30% Con excepción de Gastos Médicos Mayores los cuales se cubrirán al 80%, desde el primer día | Co Pago 35% Con excepción de Gastos Médicos Mayores los cuales se cubrirán al 80%, desde el primer día |
| Maternidad | | | | | |
| Aplica para Aseguradas Principales y Cónyuges, solteras y casadas) | | | | | |
| Período de Espera para iniciar el Embarazo | 12 meses | 12 meses | 18 meses | 18 meses | No cubierto |
| Máximo por Evento | \$5,000.00 | \$3,500.00 | \$3,000.00 | \$2,500.00 | |
| Cobertura | | | | | |
| Panamá, Centroamérica y Colombia | Según beneficio | Según Beneficio / Panamá | Según Beneficio / Panamá | Según Beneficio / Panamá | No cubierto |
| Otros Países | 80% aplica deducible | No cubierto | No cubierto | No cubierto | No cubierto |
| Reclusión en el Hospital | Co Pago según se detalla | Co Pago según se detalla | Co Pago según se detalla | Co Pago según se detalla | No cubierto |
| Servicios Ambulatorios | | | | | |
| Consulta Prenatales | Co Pago \$20,00 / Máximo 8 | Co Pago \$20,00 / Máximo 8 | Co Pago \$20,00 / Máximo 8 | No cubierto | No cubierto |
| Ultrasonidos Obstétricos | Co Pago 25% / Máximo 3 | Co Pago 25% / Máximo 3 | Co Pago 25% / Máximo 3 | No cubierto | No cubierto |
| Monitoreos Fetales | Co Pago 25% / Máximo 2 | No cubierto | No cubierto | No cubierto | No cubierto |
| Laboratorios | Co Pago 25% | Co Pago 25% | Co Pago 30% | No cubierto | No cubierto |
| Medicamentos y Vitaminas | Según beneficio | Según beneficio | Según beneficio | No cubierto | No cubierto |

| Beneficios Máximos Reembolsables | MEDIRED ELITE | MEDIRED | MEDIRED INTEGRAL | MEDIRED SELECTO | MEDIRED 100 |
|--|--|---|---|---|---|
| Recién Nacido Sano o con Condición Médica de no prematuridad | 100% sin deducible | 100% sin deducible | Incluido bajo el máximo | Incluido bajo el máximo | No cubierto |
| Recién Nacido Prematuro | Máximo por evento \$5,000.00 100% sin deducible Máximo por evento \$15,000.00 | Máximo por evento \$5,000.00 100% sin deducible Máximo por evento \$10,000.00 | por evento de maternidad 100% sin deducible Máximo por evento \$5,000.00 | por evento de maternidad No cubierto | No cubierto |
| Enf. Congénita, Hereditaria o Adquirida | 100% sin deducible | 100% sin deducible | 100% sin deducible | No cubierto | No cubierto |
| Recién nacidos en póliza. Aplica desde el primer día de nacido | Máximo Vitalicio por niño \$30,000.00 | Máximo Vitalicio por niño \$30,000.00 | Máximo Vitalicio por niño \$15,000.00 | | |
| Medicina Preventiva | | | | | |
| Niños Sanos | | | | | |
| Consulta de Control | | | | | |
| 0 a 12 meses 8 visitas al año | Co Pago 50% | Co Pago 50% | No cubierto | No cubierto | No cubierto |
| 13 a 24 meses 4 visitas al año | Co Pago 50% | Co Pago 50% | No cubierto | No cubierto | No cubierto |
| 3 a 6 años (cumplidos) 2 visitas al año | Co Pago 50% | Co Pago 50% | No cubierto | No cubierto | No cubierto |
| Vacunas de Control - según tabla de beneficios | Co Pago 50% | Co Pago 50% | No cubierto | No cubierto | No cubierto |
| Vacunas del VPH para niños y niñas (3 aplicaciones) | Co Pago 50% | No cubierto | No cubierto | No cubierto | No cubierto |
| Exámenes de Control Anual (Hemograma, Heces, Urinálisis, Glucosa) | Co Pago 50% | No cubierto | No cubierto | No cubierto | No cubierto |
| Mujeres (No cubierto a hijas dependientes) | | | | | |
| Cita de Control anual y Papanicolau | Co Pago 50% | Co Pago 50% | No cubierto | No cubierto | No cubierto |
| Mamografía anual a partir de los 35 años | Co Pago 50% | Co Pago 50% | No cubierto | No cubierto | No cubierto |
| Hombres | | | | | |
| Antígeno Prostático anual a partir de los 35 años (PSA) | Co Pago 50% | Co Pago 50% | No cubierto | No cubierto | No cubierto |
| Sida | 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 | 100% no aplica deducible Máximo Anual \$5,000.00 Máximo Vitalicio \$15,000.00 | No cubierto | No cubierto |
| Trastornos Mentales y Nerviosos | 80% después del deducible Máximo Anual \$1,000.00 Máximo Vitalicio \$25,000.00 | No cubierto | No cubierto | No cubierto | No cubierto |
| Cobertura Dental | 80% después del deducible Máximo Anual \$500.00 | No cubierto | No cubierto | No cubierto | No cubierto |
| Transplante de Órganos y Tejidos | 80% sin aplicar deducible | No cubierto | No cubierto | No cubierto | No cubierto |
| Período de Espera | 6 meses desde la inclusión Máximo Vitalicio \$250,000.00 | | | | |
| Servicios Privados de Enfermería | 100% sin deducible Maximo Vitalicio 30 turnos de 8 horas c/u | 100% sin deducible Maximo Vitalicio 30 turnos de 8 horas c/u | No cubierto | No cubierto | No cubierto |
| Servicio de Ambulancia | | | | | |
| Terrestre Panamá | Máximo por Evento \$100.00 | Máximo por Evento \$100.00 | Máximo por Evento \$100.00 | Máximo por Evento \$100.00 | Máximo por Evento \$100.00 |
| *Ambulancia Privada para Emergencias | 100% Afiliación Incluida | 100% Afiliación Incluida | 100% Afiliación Incluida | 100% Afiliación Incluida | 100% Afiliación Incluida |
| Aérea Panamá | Máximo por Evento \$1,000.00 | Máximo por Evento \$1,000.00 | No cubierto | No cubierto | No cubierto |
| Terrestre o Aérea Internacional | 80% no aplica deducible Máximo por Evento \$10,000.00 | No cubierto | No cubierto | No cubierto | No cubierto |
| Ingreso o Renta Diaria por Hospitalización | | | | | |
| Accidente o Enfermedad cubiertas por la Póliza | No cubierto | No cubierto | No cubierto | No cubierto | 100% sin deducible |
| Aplica en Hospitales Privados o Públicos. A partir del 2do día de hospital | | | | | Máximo Diario \$10.00 Máximo Anual \$15.00 |

| Beneficios Máximos Reembolsables | MEDIRED ELITE | MEDIRED | MEDIRED INTEGRAL | MEDIRED SELECTO | MEDIRED 100 |
|---|---|---|---|---|---|
| Urgencias Médicas Fuera de Panamá | Incluido / Ver Tabla de Beneficios | Reembolso del 60% sobre los costos pactados con Proveedores en Panamá | No cubierto | No cubierto | No cubierto |
| Cobertura Fuera de Panamá | Incluido / Ver Tabla de Beneficios | No cubierto | No cubierto | No cubierto | No cubierto |
| Gastos de Repatriación En caso que un Asegurado fallezca fuera de la República de Panamá | 100% sin deducible Máximo por Evento \$5,000.00 | No cubierto | No cubierto | No cubierto | No cubierto |
| Servicios Fuera de la Red de Proveedores 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 | Reembolso del 60% sobre los costos pactados con Proveedores en Panamá | Reembolso del 60% sobre los costos pactados con Proveedores en Panamá | Reembolso del 60% sobre los costos pactados con Proveedores en Panamá |
| Gasto Médico Mayor Enfermedades Neurológicas y Neuroquirúrgicas Enfermedades Cardiovasculares y del Corazón Cáncer y afecciones Hemato-Oncológicas Trauma Mayor Politraumatismo, Cirugías Ortopédicas Mayores y Artroscopias Enfermedades Renales incluyendo la Insuficiencia Renal Crónica | 80% sin deducible desde el primer día | 80% sin deducible desde el primer día | 80% sin deducible desde el primer día | 80% sin deducible desde el primer día | 80% sin deducible desde el primer día |

| Primas Mensuales | MEDIRED ELITE | MEDIRED | MEDIRED INTEGRAL | MEDIRED SELECTO | MEDIRED 100 |
|------------------|---------------|-----------|------------------|-----------------|-------------------|
| 18 a 25 | \$ 83.70 | \$ 69.30 | \$ 55.90 | \$ 49.30 | \$ 40.20 |
| 26 a 29 | \$ 93.50 | \$ 77.50 | \$ 62.50 | \$ 55.00 | \$ 44.70 |
| 30 a 34 | \$ 108.20 | \$ 90.40 | \$ 72.30 | \$ 63.70 | \$ 51.20 |
| 35 a 39 | \$ 121.30 | \$ 101.20 | \$ 81.50 | \$ 71.30 | \$ 62.60 |
| 40 a 44 | \$ 130.30 | \$ 111.10 | \$ 87.00 | \$ 76.30 | \$ 74.70 |
| 45 a 49 | \$ 156.50 | \$ 139.30 | \$ 105.00 | \$ 91.40 | \$ 93.40 |
| 50 a 54 | \$ 187.80 | \$ 165.60 | \$ 125.00 | \$ 108.90 | \$ 111.20 |
| 55 a 59 | \$ 213.30 | \$ 194.90 | \$ 143.00 | \$ 123.70 | \$ 126.60 |
| 60 a 64 | \$ 268.00 | \$ 253.80 | \$ 179.80 | \$ 155.10 | \$ 161.70 |
| 65 a 69 | \$ 338.50 | \$ 323.20 | \$ 227.20 | \$ 196.20 | \$ 204.60 |
| 70 a 74 | \$ 457.40 | \$ 436.50 | \$ 307.10 | \$ 264.80 | \$ 273.90 |
| 75 a 79 | \$ 548.90 | \$ 523.80 | \$ 368.70 | \$ 321.70 | \$ 328.80 |
| 80 o más | \$ 609.90 | \$ 576.30 | \$ 405.30 | \$ 356.60 | \$ 361.70 |
| Hijos | | | | | |
| 1 Hijo | \$ 75.20 | \$ 62.90 | \$ 46.10 | \$ 44.80 | Cada hijo \$32.90 |
| 2 Hijos | \$ 140.60 | \$ 122.80 | \$ 85.80 | \$ 82.70 | |
| 3 Hijos | \$ 210.30 | \$ 182.60 | \$ 128.50 | \$ 123.70 | |
| 4 Hijos | \$ 279.60 | \$ 242.30 | \$ 170.70 | \$ 163.90 | |
| 5 Hijos | \$ 348.90 | \$ 302.10 | \$ 212.90 | \$ 204.80 | |
| Hijo Adicional | \$ 68.60 | \$ 59.80 | \$ 41.90 | \$ 40.20 | |

Primas no incluyen impuesto

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