




COMPARATIVO DE PLANES MEDIRED VITALICIOS



**Internacional
de Seguros**

Respalda la calidad y el servicio
del seguro de salud.

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. 



Beneficios Máximos Reembolsables	MEDIRED 100	SELECTO	INTEGRAL	MEDIRED	ELITE
<p>Máximo Vitalicio por Asegurado</p> <p>Cobertura</p> <p>Red de Proveedores</p> <p>Hospitales</p> <p>Ciudad de Panamá</p> <p>Interior y Colón</p> <p>Otros Proveedores</p> <p>Fuera de Panamá</p>	<p>\$100,000</p> <p>Panamá</p> <p>Medired</p> <p>San Fernando</p> <p>Santa Fe</p> <p>Pacífica Salud</p> <p>Todos los de la Red</p> <p>Todos los de la Red</p> <p>No aplica</p>	<p>\$150,000</p> <p>Panamá</p> <p>Medired</p> <p>San Fernando</p> <p>Santa Fe</p> <p>Pacífica Salud</p> <p>Todos los de la Red</p> <p>Todos los de la Red</p> <p>No aplica</p>	<p>\$200,000</p> <p>Panamá</p> <p>Medired</p> <p>San Fernando</p> <p>Santa Fe</p> <p>Pacífica Salud</p> <p>Todos los de la Red</p> <p>Todos los de la Red</p> <p>No aplica</p>	<p>\$300,000</p> <p>Panamá</p> <p>Medired</p> <p>Todos los de la Red</p> <p>Todos los de la Red</p> <p>No aplica</p>	<p>\$500,000</p> <p>Panamá e Internacional</p> <p>Medired</p> <p>Todos los de la Red</p> <p>Todos los de la Red</p> <p>BCBS - Red PPO</p>
<p>Deducible por Año Póliza por Asegurado</p> <p>Panamá, Centroamérica y Colombia</p> <p>Otros Países</p> <p>Urgencias</p> <p>Casos Electivos o Programados</p>	<p>No aplica</p> <p>No aplica</p> <p>No aplica</p>	<p>No aplica</p> <p>No aplica</p> <p>No aplica</p>	<p>\$250.00 Panamá</p> <p>No aplica</p> <p>No aplica</p>	<p>\$300.00 Panamá</p> <p>No aplica</p> <p>No aplica</p>	<p>\$300.00</p> <p>\$1,000.00</p> <p>\$7,000.00</p>
<p>Stop Loss</p> <p>Panamá, Centroamérica y Colombia</p> <p>Otros Países</p>	<p>\$4,000 Panamá</p> <p>No Aplica</p>	<p>\$4,000 Panamá</p> <p>No Aplica</p>	<p>\$4,000 Panamá</p> <p>No Aplica</p>	<p>\$4,000 Panamá</p> <p>No Aplica</p>	<p>\$10,000</p> <p>Aplica el mismo de PCC</p>
<p>Reclusión en el Hospital</p> <p>Cuarto y Alimentación Diario</p> <p>Cuidado Intensivo o Semi Intensivo Diario</p> <p>Servicios Hospitalarios (Cargos Misceláneos)</p> <p>Cirugía (Honorarios Médicos)</p> <p>Anestesia (Honorarios Médicos)</p> <p>Visitas Intrahospitalarias (Honorarios Médicos)</p> <p>Médico Tratante (1 visita al día, más de 1 requiere pre-autorización)</p> <p>Médico Adicional (Requiere Pre-autorización)</p>	<p>San Fernando y Santa Fe \$150.00</p> <p>Pacífica Salud \$200.00</p> <p>Interior y Colón \$100.00</p> <p>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.</p>	<p>San Fernando y Santa Fe \$150.00</p> <p>Pacífica Salud \$200.00</p> <p>Interior y Colón \$100.00</p> <p>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.</p>	<p>San Fernando y Santa Fe \$150.00</p> <p>Pacífica Salud \$200.00</p> <p>Interior y Colón \$100.00</p> <p>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.</p>	<p>San Fernando y Santa Fe \$150.00</p> <p>Pacífica Salud \$200.00</p> <p>Hosp. Nacional y Paitilla \$250.00</p> <p>The Panama Clinic \$300.00</p> <p>Interior y Colón \$100.00</p> <p>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.</p>	<p>San Fernando y Santa Fe \$150.00</p> <p>Pacífica Salud \$200.00</p> <p>Hosp. Nacional y Paitilla \$250.00</p> <p>The Panama Clinic \$300.00</p> <p>Interior y Colón \$100.00</p> <p>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.</p>
<p>Servicios Ambulatorios</p> <p>Consulta Externa en Clínica Satélite - Médico General</p> <p>Consulta Externa en Clínica Satélite - Médico Especialista</p> <p>Consulta Externa con Médico General - Red de Proveedores</p> <p>Consulta Externa con Médico Especialista - Red de Proveedores</p> <p>Consulta Externa con Médico Sub Especialista - Red de Proveedores</p> <p>Rayos X y Laboratorios</p> <p>Exámenes Especiales</p> <p>Pruebas o Estudios Diagnósticos</p> <p>Procedimientos Especiales</p> <p>Medicamentos Recetados</p> <p>Innovador o Comercial</p> <p>Bioequivalente o Genérico</p>	<p>Sin Co-pago</p> <p>Co Pago \$10.00</p> <p>Co Pago \$12.00</p> <p>Co Pago \$20.00</p> <p>Co Pago \$25.00</p> <p>Co Pago 35%</p> <p>No cubierto</p> <p>No cubierto</p> <p>No cubierto</p> <p>No cubierto</p> <p>Máximo Anual \$2,500.00</p> <p>50% sin deducible</p> <p>60% sin deducible</p>	<p>Sin Co-pago</p> <p>Co Pago \$10.00</p> <p>No cubierto</p> <p>No cubierto</p> <p>No cubierto</p> <p>No cubierto</p> <p>No cubierto</p> <p>No cubierto</p> <p>No cubierto</p>	<p>Sin Co-pago</p> <p>Co Pago \$10.00</p> <p>Co Pago \$12.00</p> <p>Co Pago \$20.00</p> <p>Co Pago \$25.00</p> <p>Co Pago 25%</p> <p>Co Pago 35%</p> <p>Co Pago 35%</p> <p>Co Pago 35%</p> <p>Máximo Anual \$5,000.00</p> <p>Reembolso del 80%, aplica deducible</p> <p>Reembolso del 90%, aplica deducible</p>	<p>Sin Co-pago</p> <p>Co Pago \$10.00</p> <p>Co Pago \$12.00</p> <p>Co Pago \$20.00</p> <p>Co Pago \$25.00</p> <p>Co Pago 25%</p> <p>Co Pago 30%</p> <p>Co Pago 30%</p> <p>Co Pago 30%</p> <p>Máximo Anual \$10,000.00</p> <p>Reembolso del 80%, aplica deducible</p> <p>Reembolso del 90%, aplica deducible</p>	<p>Sin Co-pago</p> <p>Co Pago \$10.00</p> <p>Co Pago \$12.00</p> <p>Co Pago \$20.00</p> <p>Co Pago \$25.00</p> <p>Co Pago 25%</p> <p>Co Pago 30%</p> <p>Co Pago 30%</p> <p>Co Pago 30%</p> <p>Máximo Anual \$15,000.00</p> <p>Reembolso del 80%, aplica deducible</p> <p>Reembolso del 90%, aplica deducible</p>

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

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

Beneficios Máximos Reembolsables

Urgencias Médicas Fuera de Panamá

Cobertura Fuera de Panamá

Gastos de Repatriación

En caso que un Asegurado fallezca fuera de la República de Panamá

Servicios Fuera de la Red de Proveedores

Aplica para todos los beneficios detallados en esta tabla

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

MEDIRED 100

No cubierto

No cubierto

No cubierto

Reembolso del 60% sobre los costos pactados con Proveedores en Panamá

80% sin deducible desde el primer día

SELECTO

No cubierto

No cubierto

No cubierto

Reembolso del 60% sobre los costos pactados con Proveedores en Panamá

80% sin deducible desde el primer día

INTEGRAL

No cubierto

No cubierto

No cubierto

Reembolso del 60% sobre los costos pactados con Proveedores en Panamá

80% sin deducible desde el primer día

MEDIRED

Reembolso del 60% sobre los costos pactados con Proveedores en Panamá

No cubierto

No cubierto

Reembolso del 60% sobre los costos pactados con Proveedores en Panamá

80% sin deducible desde el primer día

ELITE

Incluido / Ver Tabla de Beneficios

Incluido / Ver Tabla de Beneficios

100% sin deducible
Máximo por Evento \$5,000.00

Reembolso del 60% sobre los costos pactados con Proveedores en Panamá

80% sin deducible desde el primer día

Primas Mensuales

18 a 25 años

26 a 29 años

30 a 34 años

35 a 39 años

40 a 44 años

45 a 49 años

50 a 54 años

55 a 59 años

60 a 64 años

65 a 69 años

70 a 74 años

75 a 79 años

80 años o más

Hijos

1 Hijo

2 Hijos

3 Hijos

4 Hijos

5 Hijos

Hijo Adicional

MEDIRED 100

\$ 40.20

\$ 44.70

\$ 51.20

\$ 62.60

\$ 74.70

\$ 93.40

\$ 111.20

\$ 126.60

\$ 161.70

\$ 204.60

\$ 273.90

\$ 328.80

\$ 361.70

Cada hijo \$32.90

SELECTO

\$ 49.30

\$ 55.00

\$ 63.70

\$ 71.30

\$ 76.30

\$ 91.40

\$ 108.90

\$ 123.70

\$ 155.10

\$ 196.20

\$ 264.80

\$ 321.70

\$ 356.60

\$ 44.80

\$ 82.70

\$ 123.70

\$ 163.90

\$ 204.80

\$ 40.20

INTEGRAL

\$ 55.90

\$ 62.50

\$ 72.30

\$ 81.50

\$ 87.00

\$ 105.00

\$ 125.00

\$ 143.00

\$ 179.80

\$ 227.20

\$ 307.10

\$ 368.70

\$ 405.30

\$ 46.10

\$ 85.80

\$ 128.50

\$ 170.70

\$ 212.90

\$ 41.90

MEDIRED

\$ 69.30

\$ 77.50

\$ 90.40

\$ 101.20

\$ 111.10

\$ 139.30

\$ 165.60

\$ 194.90

\$ 253.80

\$ 323.20

\$ 436.50

\$ 523.80

\$ 576.30

\$ 62.90

\$ 122.80

\$ 182.60

\$ 242.30

\$ 302.10

\$ 59.80

ELITE

\$ 83.70

\$ 93.50

\$ 108.20

\$ 121.30

\$ 130.30

\$ 156.50

\$ 187.80

\$ 213.30

\$ 268.00

\$ 338.50

\$ 457.40

\$ 548.90

\$ 609.90

\$ 75.20

\$ 140.60

\$ 210.30

\$ 279.60

\$ 348.90

\$ 68.60

Primas no incluyen impuesto

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

Sensible

Con el respaldo de



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

Regulado y Supervisado por la Superintendencia de Seguros y Reaseguros de Panamá.

