

PRIMAS MENSUALES

RANGO DE EDADES	ASEGURADO SOLO	
	No incluye 5%	Incluye 5%
18 a 25	B/. 72.00	B/. 75.60
26 a 29	B/. 80.40	B/. 84.42
30 a 34	B/. 93.00	B/. 97.65
35 a 39	B/.104.30	B/. 109.52
40 a 44	B/.112.00	B/. 117.60
45 a 49	B/.134.60	B/. 141.33
50 a 54	B/.161.50	B/. 169.58
55 a 59	B/.183.40	B/. 192.57
60 a 62	B/.230.40	B/. 241.92

CANTIDAD DE HIJOS	HIJOS	
	No incluye 5%	Incluye 5%
1 hijo	B/. 64.70	B/. 67.94
2 hijos	B/. 120.90	B/. 126.95
3 hijos	B/. 180.80	B/. 189.84
4 hijos	B/. 240.40	B/. 252.42
5 hijos	B/. 300.00	B/. 315.00
Cada hijo adicional	B/. 59.00	B/. 61.95

Las primas correspondientes al asegurado principal y su cónyuge se calcularán sobre la edad alcanzada o edad actuarial al momento de la efectividad del seguro y en cada renovación de la póliza.

FRECUENCIA Y FORMAS DE PAGO

Mensual	Tarjeta de Crédito o ACH
Trimestral	Tarjeta de Crédito, ACH o Efectivo
Semestral	
Anual	

REQUISITOS MÉDICOS

Exámenes por edad	PANAMEÑOS		EXTRANJEROS		
	40 a 45	46 a 62	18 a 30	31 a 49	50 a 62
Hemograma Completo	•	•	•	•	•
Urinálisis	•	•	•	•	•
Perfil Lipídico	•	•	•	•	•
Glicemia en Ayuna	•	•	•	•	•
PSA en Sangre (hombres)	•	•	•	•	•
Prueba de Nicotina	•	•	•	•	•
Exámen Físico	•	•	•	•	•
EKG	•	•	•	Desde los 45 años	•
HB-HC-Hepatitis	•	•	•	•	•
Creatinina	•	•	•	•	•
Prueba de Esfuerzo	•	•	•	•	•

NIÑOS: Panameños: 0 a 3 años / Extranjeros: 0 a 10 años presentar Informe Pediátrico (Formulario de la compañía)

CENTROS MÉDICOS AUTORIZADOS

	EXAMEN FÍSICO*	EKG	TELÉFONO
Dr. Rogelio Pérez V. - Centro Médico Nacional	•	•	398-2349
Dr. Manuel Pereira - Royal Center	•	•	223-8387
Dr. Jorge Paz Rodríguez - Wellmed Clinic	•	•	269-1795
Dra. Daymé Quintero - Hospital Punta Pacífica	•	•	204-8016
Dr. Ricardo Pareja R. - Consultorios América	•	•	229-4388 Ext. 6000
Clinicas Minimed	•	•	830-5800

* Requiere Previa Cita

LABORATORIOS AUTORIZADOS:

Laboratorios Raly	264 - 4342
Laboratorios Fernández	269 - 4413
Laboratorios Serviloo - America Lab	229 - 1365
Laboratorios Minimed	263 - 6464

PRUEBA DE ESFUERZO:

(Requiere cita previa)

Pacífica Salud	204 - 8312
Laboratorio Cardiovascular - San Fernando	229 - 0521

Línea de Atención **800-BCBS**
24 horas 265-7053

Nuestras Oficinas

Calle 50, Edificio Plaza Credicorp Bank, piso 17, local 1703

Recepción:

206-4200 / 206-4201

Servicio al Cliente:

206-4224 / 206-4225

Preautorizaciones:

206-4272 / 206-4252

Fax: 210-1077

Correo:

preautorizaciones@iseguros.com

CENTENNIAL PLAZA:

Teléfono: 830-6163 / 64

LOS PUEBLOS:

Teléfono: 217-8760 / Fax: 217-8076

DAVID:

Teléfono: 777-7500 / Fax: 775-3050

LA CHORRERA:

Teléfono: 253-3252 / Fax: 253-7973

CHITRÉ:

Teléfono: 996-4656 / Fax: 996-3210

COLÓN:

Teléfono: 441-1393

PENONOMÉ:

Teléfono: 991-4209

SANTIAGO:

Teléfono: 998-3950 / Fax: 998-4270

www.bcbpsma.com

Consulte a su corredor de seguros o contáctenos



Esta información se debe tomar como ilustración, para los términos y condiciones contractuales, refiérase al Contrato de Póliza.
Actualizado a marzo 2020.



SEGURO DONDE QUIERA QUE ESTÉS



MEDIRED ELITE

Con el respaldo de



Suscrito y Administrado por Cia. Internacional de Seguros, S.A.
Licenciatario 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.

Blue Cross and Blue Shield of Panama, le permite beneficiarse con la cobertura médica de una Red de Proveedores Preferidos, donde podrá elegir entre los mejores especialistas y hospitales de Panamá.

Disfrutará también de un sistema de Co-Pagos, con el que solamente pagará una cuota mínima por sus consultas y exámenes médicos.

BENEFICIOS

- Límite máximo vitalicio de B/. 500,000 por asegurado
- No se reduce el Límite Máximo Vitalicio a ninguna edad
- Cobertura Internacional
- Sistema de Co-Pago
- Amplia Red de Proveedores
- Participación máxima anual del asegurado o Stop Loss
- No tiene edad de terminación

Todas las ventajas convierten al PLAN MEDIRED ELITE en uno de los más atractivos del mercado.

¡No lo piense más, afíliase y siéntase seguro en nuestras manos!

¿QUIÉNES PUEDEN DISFRUTAR DE LOS BENEFICIOS?

Las personas entre 18 y 62 años.

Los hijos desde los 10 días de nacidos hasta los 18, extensión hasta los 23 por estudios universitarios.

Las personas con residencia permanente en la República de Panamá.

BENEFICIOS MÁXIMO REEMBOLSABLES

MÁXIMO VITALICIO POR ASEGURADO	B/. 500,000.00
Cobertura	Local e Internacional
Red de Proveedores	Medired
Fuera de Panamá	BCBS-Red PPO
DEDUCIBLE POR AÑO PÓLIZA POR ASEGURADO	
Panamá, Centroamérica y Colombia	B/. 300.00
Otros países: Urgencias	B/. 1,000.00
Casos Electivos y/o Programados	B/. 7,000.00
STOP LOSS POR AÑO PÓLIZA POR ASEGURADO	B/. 10,000.00

RECLUSIÓN EN EL HOSPITAL - REQUIERE PRE-AUTORIZACIÓN

	HOSPITALES EN PANAMÁ: Co-Pago por día:
a) Cuarto y Alimentación Diaria - Habitación Privada	San Fernando y Santa Fe B/. 150.00
b) Cuidados Intensivos Diarios	Hospital Nacional y Paitilla B/. 200.00 Pacífica Salud B/. 250.00
c) Servicios Hospitalarios (Cargos Misceláneos): Exámenes con costos mayores de B/. 200.00 - Requiere Pre-Autorización	HOSPITALES EN INTERIOR Y COLÓN: Co-Pago por día:
d) Cirugía: Honorarios Médicos Cirujano Asistente - Requiere Pre-Autorización	B/. 100.00
e) Anestesia: Honorarios Médicos	Hasta el cuarto (4) día, del día quinto (5) al décimo (10) la hospitalización se cubre al 100%. A partir del décimo primer (11) día se pagarán al 80% (Co-Aseguro 20%)
f) Visitas Intrahospitalarias: Honorarios Médicos	Médico Tratante: Una (1) visita al día. En exceso Requiere Pre-Autorización
	Médico Especialista: Requiere Pre-Autorización

SERVICIOS AMBULATORIOS

Consulta en Clínicas Satélites - Médico General	Sin Co-Pago
Consulta en Clínicas Satélites - Médico Especialista	Co-Pago de B/. 10.00
Consulta Externa - Médico General	Co-Pago de B/. 12.00
Consulta Externa - Médico Especialista	Co-Pago de B/. 20.00
Consulta Externa - Médico Sub Especialista	Co-Pago de B/. 25.00
Rayos X y Laboratorios - Requiere Pre-Autorización (Exámenes cuyo costo en conjunto sea mayor de B/. 100.00)	Co-Pago del 25%
Exámenes Especiales - Requiere Pre-Autorización	Co-Pago del 30%
Medicamentos Recetados:	
• Innovador o Comercial	80% después del deducible
• Bioequivalente o Genérico	90% después del deducible
Máximo por Año Póliza	B/. 15,000.00
Acupuntura	Co-Pago B/. 15.00 por sesión
• Máximo por Año Póliza	Cinco (5) sesiones
• Máximo Vitalicio	Veinte (20) sesiones
Quiropráctica	Co-Pago B/. 15.00 por sesión
• Máximo por Año Póliza	Veinte (20) sesiones
Terapias Físicas y de Rehabilitación Requiere Pre-Autorización	Co-Pago B/.10.00 por sesión
• Máximo por Año Póliza	Máximo (15) sesiones
En exceso del límite anual, sujeto a aprobación	
Inhaloterapia o Nebulizaciones	Co-Pago B/. 10.00 por sesión
Quimioterapias, Radioterapias y Hemodiálisis Sesiones Ambulatorias - Requiere Pre-Autorización	Co-Pago del 30% por sesión
Equipo Médico Durable - Requiere Pre-Autorización	80%, después del Deducible
• Máximo Vitalicio	B/. 2,500.00

CUARTO DE URGENCIA

a) Por Accidente	100%, sin Límite
b) Por Enfermedades Críticas Detalladas (Ver tabla de beneficios)	100%, sin Límite
c) Por Enfermedades No Críticas Detalladas	Co-Pago de B/. 75.00

CIRUGÍA AMBULATORIA-REQUIERE PRE-AUTORIZACIÓN

a) Realizadas en el Hospital, Clínica o Centro de Cirugía Ambulatoria (Cargos Misceláneos y Honorarios Médicos)	
San Fernando, Santa Fe y Centros Ambulatorios	Co-Pago B/. 200.00 por evento
Hospital Nacional y Paitilla	Co-Pago B/. 300.00 por evento
Pacífica Salud	Co-Pago B/. 350.00 por evento
Colón e Interior del País	Co-Pago B/. 150.00 por evento
b) Realizada en el Consultorio Médico (Cargos Misceláneos y Honorarios Médicos)	Co-Pago del 30% por evento

MATERNIDAD

Período de espera	12 meses para quedar embarazada, se cubrirá siempre y cuando el embarazo haya iniciado el primer día del 13 ^o mes.
Máximo por embarazo Cubre gastos pre-natales y de alumbramiento	B/. 5,000.00 por evento
Consultas Pre-Natales: Máximo 8 consultas	Co-Pago de B/. 20.00
Ultrasonidos: Máximo 3 ultrasonidos	Co-Pago de 25%
Laboratorios	Co-Pago de 25%
Medicamentos y Vitaminas	Sujeto al deducible y Reembolso del 80% o 90% (según medicamento)
Hospitalización: Habitación Privada	Co-Pago según se detalla bajo hospitalización
Gastos de niños sanos	B/. 5,000.00 al 100%
Recién Nacidos Prematuros	B/. 15,000.00 al 100%

ENFERMEDAD CONGÉNITA, HEREDITARIA O ADQUIRIDA DEL RECIÉN NACIDO

Recién nacidos cubiertos bajo la póliza, aplica desde el primer día de nacido	
Máximo Vitalicio por cada niño	B/. 30,000.00 al 100%

SIDA

Máximo por Año Póliza	B/. 5,000.00 al 100%
Máximo Vitalicio	B/. 25,000.00 al 100%

COBERTURA DENTAL

Máximo por Año Póliza	80% después del deducible B/. 500.00
-----------------------	-----------------------------------------

TRASTORNOS MENTALES Y NERVIOSOS

	80% después del deducible
Máximo por Año Póliza	B/. 1,000.00
Máximo Vitalicio	B/. 25,000.00

TRASPLANTE DE ÓRGANOS Y TEJIDOS

Máximo Vitalicio	80% sin aplicar deducible B/. 250,000.00
------------------	---------------------------------------------

SERVICIOS PRIVADOS DE ENFERMERÍA

Requiere Pre-Autorización	100% hasta 30 turnos por un máximo de 8 horas por turno
---------------------------	---------------------------------------------------------

AMBULANCIA

Local - Terrestre	B/. 100.00 al 100%
Aérea Requiere Pre-Autorización	B/. 1,000.00 al 100%
Internacional: Terrestre o Aérea Requiere Pre-Autorización	80% sin aplicar deducible hasta B/. 10,000.00
Ambulancia Privada para Emergencias	100% Afiliación Incluida en Panamá

MEDICINA PREVENTIVA

NIÑO SANO Consulta de Control 0 a 12 meses 8 visitas al año 13 a 24 meses 4 visitas al año 3 a 6 años 2 visitas al año	Co-Pago del 50%
Vacunas BCG, Difteria + Tétano, DT aP, Hepatitis A, Hepatitis B, Hib Titer, MMR, Neumococo, Polio IM, Rotavirus y Varicela Vacuna contra el VPH para niños y niñas (3) Exámenes de Control Anual (Hemograma, Heces, Urinálisis y Glucosa)	
MUJERES (No aplica a hijas dependientes) Cita de control anual, Papanicolau y Mamografía anual a partir de los 40 años	Co-Pago del 50%
HOMBRES Antígeno Prostático anual a partir de los 40 años	Co-Pago del 50%

GASTOS DE REPATRIACIÓN

En caso que un Asegurado fallezca fuera de la República de Panamá	B/. 5,000.00 al 100%
-------------------------------------------------------------------	----------------------

SERVICIOS FUERA DE LA RED

Aplica para todos los beneficios detallados en esta tabla	Reembolso del 60% sobre los costos pactados con los proveedores en Panamá
-----------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------

COBERTURA FUERA DE PANAMÁ - REQUIERE PRE-AUTORIZACIÓN

Aplica según beneficios en la tabla (con excepción de Medicina Preventiva) hasta los límites indicados. 80% después del deducible que aplique, excepción del Cuarto de Urgencias (Accidentes o Enfermedades Críticas Detalladas), el cual será contra reembolso al 100% sin deducible.