



**TABLA DE BENEFICIOS MAXIMOS REEMBOLSABLES
BENEFICIOS CUBIERTOS
MEDIRED ELITE**

Límite Máximo Vitalicio por Asegurado	B/.500,000.00
Cobertura	Local e Internacional
Red de Proveedores:	Medired
- Local	BCBS – Red PPO
- Internacional	
Deducible por Año Póliza por Asegurado:	B/.300.00
- Panamá y Centroamérica	
- Otros Países	
* Urgencias	B/.1,000.00
* Electivos 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: Ciudad de Panamá - San Fernando, Santa Fe, Paitilla, Punta Pacífica y Nacional	<p align="center">HOSPITALES EN PANAMA: Co-Pago por día de B/.150.00 en San Fernando y Santa Fe, B/.200.00 en Punta Pacífica y Paitilla y B/.250.00 en Nacional hasta el cuarto (4) día, del día cinco (5) al décimo (10) la hospitalización se cubre al 100%. A partir del onceavo (11) día se pagarán al 80% (coaseguro 20%)</p> <p align="center">HOSPITALES EN COLON E INTERIOR: Co-Pago por día de B/.100.00 hasta el cuarto (4) día, del día cinco (5) al décimo (10) la hospitalización se cubre al 100%. A partir del onceavo (11) día se pagarán al 80% (coaseguro 20%)</p>
Colón e Interior del País - Todos los de la Red	
a. Cuarto y Alimentación Diario – Habitación Privada	
b. Cuidado Intensivo Diario	
c. Servicios Hospitalarios (Cargos Misceláneos) Exámenes con costos mayores de B/.200.00 requieren Pre-Autorización.	
d. Cirugía (Honorarios Médicos) Cirujano Asistente – Requiere Pre-Autorización	
e. Anestesia (Honorarios Médicos)	
f. Visitas Intrahospitalarias (Honorarios Médicos) <ul style="list-style-type: none"> • Médico Tratante - Una (1) visita al día. Más de una requiere pre-autorización • Médico Adicional - Requiere pre-autorización 	

SERVICIOS AMBULATORIOS

Consulta en Clínicas Satélites – Médico General	Sin Co-Pago
Consulta Externa con Médico General	Co-Pago de B/.12.00
Consulta Externa con Especialista	Co-Pago de B/.20.00
Consulta Externa con Sub Especialista Detallados	Co-Pago de B/.25.00
Rayos X y Laboratorios - Exámenes cuyo costo en conjunto sea mayor de B/.100.00 requieren pre-autorización.	Co-Pago del 25%
Exámenes Especiales – Requieren Pre-Autorización	Co-Pago del 30%
Medicamentos Recetados	80% después del deducible



**TABLA DE BENEFICIOS MAXIMOS REEMBOLSABLES
BENEFICIOS CUBIERTOS
MEDIREL ELITE**

Acupuntura – Requiere Pre-Autorización Máximo al Año Máximo Vitalicio	Co-Pago de B/.15.00 Cinco (5) sesiones Veinte (20) sesiones
Quiropráctica – Requiere Pre-Autorización Máximo al Año	Co-Pago de B/.15.00 Veinte (20) sesiones
Terapias Físicas y de Rehabilitación Máximo al Año En exceso del límite anual, sujeto a aprobación	Co-Pago B/.10.00 por sesión Máximo 15 sesiones
Inhaloterapias o Nebulizaciones	Co-Pago B/.10.00 por sesión
Quimioterapias, Radioterapias y Hemodiálisis Sesiones Ambulatorias – Requieren Pre-Autorización	Co-Pago del 30% por sesión
Equipo Médico Durable – Requiere Pre-Autorización	80%, después del deducible, hasta un Máximo Vitalicio de \$2,500.00

CUARTO DE URGENCIA

a. Accidente y Enfermedades Críticas Detalladas (*)	100%, sin Co-Pago
b. 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) <ul style="list-style-type: none"> - Panamá - San Fernando, Santa Fe y Centros Ambulatorios - Panamá - Punta Pacífica y Paitilla - Panamá - Nacional - Colón e Interior del País 	Co-Pago B/.200.00 por evento Co Pago B/.300.00 por evento Co Pago B/.350.00 por evento 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 (Aplica para Aseguradas Principales y Cónyuges, solteras y casadas)

Período de Espera	12 meses para quedar embarazada, se cubrirá siempre y cuando el embarazo haya iniciado el primer día del 13o mes.
Máximo por Embarazo	B/.5,000.00 por embarazo
Cubre gastos pre-natales y de alumbramiento <ul style="list-style-type: none"> - Consultas Pre-Natales: Máximo 8 consultas por embarazo - Ultrasonidos: Máximo 3 consultas por embarazo - Hospitalización 	Co-Pago de B/.20.00 Co-Pago de 25% Co-Pago según lo detallado bajo hospitalización
Gastos de Niños Sanos	B/.5,000.00 al 100% por evento
a. Recién Nacidos Prematuros por evento	B/.15,000.00 al 100% por evento

ENFERMEDADES CONGÉNITAS, HEREDITARIAS O ADQUIRIDAS DEL RECIÉN NACIDO

Recién nacidos cubiertos bajo la póliza	B/.30,000.00 Máximo Vitalicio al 100% Por cada niño
---	--



**TABLA DE BENEFICIOS MAXIMOS REEMBOLSABLES
BENEFICIOS CUBIERTOS
MEDIRED ELITE**

SIDA

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

TRASTORNOS MENTALES Y NERVIOSOS (PSIQUIÁTRICOS)

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

COBERTURA DENTAL

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

TRANSPLANTE DE ÓRGANOS Y TEJIDOS

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

SERVICIOS PRIVADOS DE ENFERMERÍA

Requiere Pre-Autorización	100% hasta 30 sesiones con máximo de 8 horas por sesión
---------------------------	--

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

MEDICINA PREVENTIVA / DENTRO DE LA RED

<p>Niños Sanos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consulta de Control <ul style="list-style-type: none"> 0 a 12 meses 8 visitas al año 13 a 24 meses 4 visitas al año 3 a 6 años 2 visitas al año • Exámenes de Control Anual (Hemograma, Heces, Urinálisis, Glucosa) • Vacunas BCG, Difteria + Tetano, DT aP, Hepatitis A, Hepatitis B, Hib Titer, MMR, Neumococo, Polio IM, Rotavirus, Varicela. • Vacuna contra el VPH para niños y niñas (3 aplicaciones) <p>Mujeres (no aplica a hijas dependientes)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cita de control anual y Papanicolau • Mamografía anual a partir de los 40 años <p>Hombres</p> <ul style="list-style-type: none"> • Antígeno Prostático Anual a partir de los 40 años 	<p>Co-Pago del 50%</p>
--	-------------------------------



**TABLA DE BENEFICIOS MAXIMOS REEMBOLSABLES
BENEFICIOS CUBIERTOS
MEDIRED ELITE**

GASTOS DE REPATRIACIÓN

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

COBERTURA FUERA DE PANAMÁ:

- Aplica para los beneficios en la Tabla de Beneficios (con excepción de Medicina Preventiva) y hasta los límites indicados.
- Aplica al 80% después del deducible que aplique.
- Sujeto a Previa Autorización y Aprobación por parte de la Compañía, así como a la condición médica del Asegurado en los casos electivos o programados.
- Sujeto a utilización de proveedores dentro de la Red del Sistema Blue Cross and Blue Shield (PPO)
- Deducibles:
 - Panamá y Centroamérica: Aplica para todos los gastos médicos incurridos y cubiertos dentro del territorio de la República de Panamá y de cualquier país de Centroamérica, ya sean por Urgencias o por casos Electivos y Programados.
 - Otros Países: Aplica para todos los gastos médicos incurridos y cubiertos en cualquier país del mundo con excepción de Panamá y Centroamérica, según se detallan en esta tabla.
 - El deducible acumulado en Panamá y Centroamérica, no aplica para completar o acumular al deducible correspondiente a otros países.

<ul style="list-style-type: none"> • Pre-Autorización y Aprobación por parte de la compañía con Proveedores de la Red BCBS • No Pre-Autorización, ni Aprobación por parte de la compañía • Pre-Autorización y Aprobación por parte de la compañía con Proveedores Fuera de Red BCBS • Pre-Autorización y No Aprobación por parte de la compañía, según condición médica – Tratamientos Electivos o Programados 	<ul style="list-style-type: none"> • Sujeto al deducible que aplique y beneficios según Tabla de Beneficios • Sujeto al deducible que aplique y beneficios reembolsables al 50% • Sujeto al deducible que aplique y beneficios reembolsables al 60% • Sujeto al deducible de Panamá y Centroamérica y beneficios reembolsables al 50% de los cargos URA en Panamá
--	---

PARTICIPACIÓN MÁXIMA DEL ASEGURADO (STOP LOSS)

Límite Máximo Anual del Asegurado en concepto de Co- Aseguro de todos los gastos cubiertos bajo la póliza, el excedente se reembolsará al 100%

No se considerarán los gastos médicos penalizados por falta de pre-autorización o aprobación por parte de la compañía, no utilización de proveedores fuera de la Red de BCBS en los casos requeridos y/o cualquier otra detallada en la póliza.	Por Año Póliza B/.10,000.00
---	-----------------------------

SERVICIOS FUERA DE LA RED DE PROVEEDORES

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

(*) **Enfermedades Críticas Detalladas:** Infarto del miocardio o insuficiencia coronaria, estados de pérdida de conocimiento o de obnubilación y/o desorientación súbita, reacciones alérgicas agudas o anafilácticas, hemorragia de todo tipo incluyendo obstétricas y ginecológicas, convulsiones, intoxicaciones, cólico renal, cólico hepático o vesicular, episodios de angina de pecho, embolias pulmonares, ataque agudo de asma bronquial, vómito y diarrea con o sin deshidratación, dolor abdominal agudo, estado de shock o coma de cualquier orden, retención aguda de orina, fiebre alta en la infancia y cualquier otra enfermedad que pudiera poner en peligro la salud del Asegurado, siempre y cuando sea aprobada por la Compañía.



Suscrito y Administrado por Cía. Internacional de Seguros, Licenciataro Independiente de Blue Cross and Blue Shield Association, autorizado para operar como Blue Cross and Blue Shield of Panama.