



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

<b>Límite Máximo Vitalicio por Asegurado</b>	B/.200,000.00
<b>Cobertura</b>	Local
<b>Red de Proveedores</b>	Medired
<b>Deducible por Año Póliza por Asegurado</b>	B/.200.00
<b>Stop Loss por Año Póliza</b>	B/.4,000.00

**RECLUSIÓN EN EL HOSPITAL – Requiere Pre-Autorización**

<p><b>Hospitales: Ciudad de Panamá - San Fernando, Santa Fe, Paitilla, Punta Pacífica y Nacional</b></p> <p align="center"><b>Colón e Interior del País - Todos los de la Red</b></p>	<p align="center"><b>HOSPITALES EN PANAMA:</b> Co-Pago por Evento de B/.200.00 en San Fernando y Santa Fe, B/.300.00 en Punta Pacífica y Paitilla y B/.350.00 en Nacional hasta el máximo de diez (10) días. A partir del onceavo (11) día se pagarán al 80% (coaseguro 20%)</p> <p align="center"><b>HOSPITALES EN COLON E INTERIOR:</b> Co-Pago por Evento de B/.100.00. Máximo de diez (10) días. A partir del onceavo (11) día se pagarán al 80% (coaseguro 20%)</p>
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"> <li>• Médico Tratante - Una (1) visita al día. Más de una requiere pre-autorización</li> <li>• Médico Adicional - Requiere Pre-Autorización</li> </ul>	

**SERVICIOS AMBULATORIOS**

CLÍNICAS SATELITES – Médico General	Sin Co Pago
Consulta Externa con Medico 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	Reembolso del 80% después del deducible (Co Aseguro 20%)
Terapias Físicas y de Rehabilitación Máximo al Año En exceso del límite anual, sujeto a aprobación	Co-Pago B/.10.00 por sesión Quince (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

**CUARTO DE URGENCIA**

Por Accidente y Enfermedades Criticas Detalladas (*)	100%, sin Co-Pago
Por Enfermedades No Detalladas	Co-Pago B/.75.00



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

**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"> <li>- Panamá - San Fernando, Santa Fe y Centros Ambulatorios</li> <li>- Panamá - Punta Pacífica y Paitilla</li> <li>- Panamá - Nacional</li> <li>- Colón e Interior del País</li> </ul>	<p>Co Pago por evento de B/.200.00</p> <p>Co Pago por evento de B/.250.00</p> <p>Co Pago por evento de B/.350.00</p> <p>Co Pago por evento de B/.150.00</p>
b. Realizada en el Consultorio Médico (Cargos Misceláneos y Honorarios Médicos)	Co-Pago 30% por evento

**SIDA**

Máximo por año póliza	100% hasta B/.5,000.00
Máximo de por vida	100% hasta B/.25,000.00

**TRASTORNOS MENTALES Y NERVIOSOS (PSIQUIATRICOS)**

Consultas Ambulatorias	Reembolso del 100% hasta un máximo Anual de B/.500.00
------------------------	---

**COBERTURA DENTAL**

Máximo Anual	Reembolso del 100% hasta un máximo Anual de B/.150.00
--------------	---

**TRASPLANTE DE ÓRGANOS**

Máximo Vitalicio	100% hasta un máximo de B/.100,000.00
------------------	---------------------------------------

**SERVICIOS PRIVADOS DE ENFERMERIA**

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

**AMBULANCIA**

Terrestre	100% hasta B/.100.00
Aérea Local – Requiere Pre-Autorización	100% hasta B/.1,000.00

**MEDICINA PREVENTIVA / DENTRO DE LA RED**

<p><b>Niños Sanos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Consulta de Control 2 a 6 años 4 visitas al año</li> <li>• Vacunas BCG, Difteria + Tetano, DT aP, Hepatitis A, Hepatitis B, Hib Titer, MMR, Neumococo, Polio IM, Rotavirus, Varicela.</li> <li>▪ Vacuna contra el VPH para niños y niñas (3 aplicaciones)</li> <li>▪ Exámenes de Control Anual (Hemograma, heces, urinalisis, glucosa)</li> </ul>	Co Pago 50%
--	-------------



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

**EXONERACIÓN DEL PAGO DE PRIMAS**

En caso de fallecimiento del Contratante de la Póliza.	100% de la prima por período de seis (6) meses
--	--

**BENEFICIOS ADICIONALES (REEMBOLSO)**

Cobertura de Alergias	100% hasta un máximo Anual de B/.250.00
Cobertura de Nutricionista	100% hasta un máximo Anual de B/.200.00
Cobertura Óptica (Compra de Anteojos)	100% hasta un máximo Anual de B/.75.00
Aparato de Inhaloterapia	100% hasta un máximo de B/.75.00
Botas Ortopédicas (Máximo 2 pares al año)	100% hasta un máximo de B/.75.00

**URGENCIAS MÉDICAS FUERA DE PANAMA**

Aplica para todos los beneficios detallados en esta tabla, según se especifica y hasta los límites indicados	Reembolso del 60% sobre los costos pactados con nuestros Proveedores de Red en Panamá
--	---

**PARTICIPACIÓN MÁXIMA DEL ASEGURADO (STOP LOSS)**

**Limite 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 consideran los gastos médicos penalizados por falta de pre-autorización de proveedores fuera de la Red de BCBS en los casos requeridos y/o cualquier otra detallada en la póliza.	Por Año Póliza B/.4,000.00
---	----------------------------

**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, Licenciario Independiente de Blue Cross and Blue Shield Association, autorizado para operar como Blue Cross and Blue Shield of Panama.