



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

Límite Máximo Vitalicio por Asegurado	B/.300,000.00
Cobertura	Local
Red de Proveedores	Medired
Deducible por Año Póliza por Asegurado	B/.300.00
Stop Loss por Año Póliza por Asegurado	B/.4,000.00

RECLUSIÓN EN EL HOSPITAL – Requiere Pre-Autorización

<p align="center">Hospitales: Ciudad de Panamá - San Fernando, Santa Fe, Paitilla, Punta Pacífica y Nacional</p> <p align="center">Colón e Interior del País - Todos los de la Red</p>	<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>
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
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 Quince (15) sesiones



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

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

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)	
- Panamá - San Fernando, Santa Fe y Centros Ambulatorios	Co-Pago B/.200.00 por evento
- Panamá - Punta Pacífica y Paitilla	Co-Pago B/.300.00 por evento
- Panamá - Nacional	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 13o mes.
Máximo por Embarazo	B/.3,500.00 por embarazo
Cubre gastos pre-natales y de alumbramiento	
- Consultas Pre-Natales: Máximo 8 consultas por embarazo	Co-Pago de B/.20.00
- Ultrasonidos: Máximo 3 consultas por embarazo	Co-Pago de 25%
- Hospitalización	Co-Pago según se detalla bajo hospitalización
Gastos de Niños Sanos	B/.5,000.00 al 100% por evento
a. Recién Nacidos Prematuros por evento	B/.10,000.00 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
---	---

SIDA

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

SERVICIOS PRIVADOS DE ENFERMERÍA

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

AMBULANCIA

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



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

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 Vacunas BCG, Difteria + Tetano, DT aP, Hepatitis A, Hepatitis B, Hib Titer, MMR, Neumococo, Polio IM, Rotavirus, Varicela. <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>
---	-------------------------------

URGENCIAS MÉDICAS FUERA DE PANAMA

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

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%

<p>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.</p>	<p>Por Año Póliza B/.4,000.00</p>
--	-----------------------------------

SERVICIOS FUERA DE LA RED DE PROVEEDORES

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

(*) **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.