



TABLA DE BENEFICIOS MAXIMOS REEMBOLSABLES MEDIRED INFINITY

MÁXIMO ANUAL RENOVABLE	B/.300,000.00
Cobertura	Local, Centroamérica y Colombia
Red de Proveedores	Medired
<ul style="list-style-type: none"> • Panamá <ul style="list-style-type: none"> – Hospitales: San Fernando, Punta Pacífica, Paitilla, Nacional, Santa Fe, Interior y Colón – Otros: Listados en la Red de Proveedores de la Compañía • Centroamérica y Colombia 	BCBS – Red PPO
Deducible por Año Póliza por Asegurado	B/.300.00
<ul style="list-style-type: none"> • Panamá, Centroamérica y Colombia 	
Stop Loss por Año Póliza por Asegurado	B/.5,000.00
<ul style="list-style-type: none"> • Panamá, Centroamérica y Colombia 	

RECLUSIÓN EN EL HOSPITAL – Requiere Pre-Autorización

a. Cuarto y Alimentación Diario – Habitación Privada	CO PAGO POR EVENTO
b. Cuidado Intensivo Diario	
c. Servicios Hospitalarios (Cargos Misceláneos)	San Fernando y Santa Fe B/.200.00
Exámenes con costos mayores de B/.200.00 requieren pre-autorización.	Punta Pacífica y Paitilla B/.300.00
	Nacional B/.350.00
	Interior y Colón B/.150.00
d. Cirugía (Honorarios Médicos)	
Cirujano Asistente – Requiere Pre-Autorización	Máximo diez (10) días
e. Anestesia (Honorarios Médicos)	
f. Visitas Intrahospitalarias (Honorarios Médicos)	A partir del décimo primer día (11) se pagarán al 80% (coaseguro 20%)
<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	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	80% Después del Deducible
Acupuntura	Co-Pago de B/.15.00 por Sesión
– Máximo al Año	Cinco (5) Sesiones
– Máximo Vitalicio	Veinte (20) Sesiones
Quiropráctica	Co-Pago de B/.15.00 por Sesión
– Máximo al Año	Veinte (20) Sesiones
Terapias Físicas y de Rehabilitación - Requiere Pre-Autorización	Sin Límite. Co-Pago de B/.10.00 por Evento
Inhaloterapias o Nebulizaciones	Co-Pago de B/.10.00 por Sesión
Quimioterapias, Radioterapias y Hemodiálisis	
Sesiones Ambulatorias – Requiere Pre-Autorización	Co-Pago del 30% por Sesión

CUARTO DE URGENCIAS

Panamá	Sin Límite
Accidente y Enfermedades Críticas Detalladas (*)	100%, sin Co-Pago
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)	Sin Límite
– San Fernando, Santa Fe y Centros Ambulatorios	Co-Pago de B/.200.00
– Punta Pacífica y Paitilla	Co-Pago de B/.250.00
– Nacional	Co-Pago de B/.350.00
– Colón e Interior del País	Co-Pago de B/.150.00
b. Realizada en el Consultorio Médico (Cargos Misceláneos y Honorarios Médicos)	Co-Pago del 30% por Evento



TABLA DE BENEFICIOS MAXIMOS REEMBOLSABLES MEDIRED INFINITY

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/.4,000.00
Cubre gastos pre-natales y de alumbramiento	
– Consultas Pre-Natales: Sin Límite	Co-Pago del B/.20.00
– Ultrasonidos: Sin Límite	Co-Pago del 25%
– Laboratorios	Co-Pago del 25%
– Monitoreos Fetales	Co-Pago del 25%
– Medicamentos y Vitaminas	Reembolso del 80% Después del Deducible
– Hospitalización – Privada	Co-Pago, según se detalla bajo hospitalización
Incluye: Anestesia (Epidural) en Parto Normal	100%
a. Gastos de Niños Sanos	B/.10,000.00 al 100% por Evento
Tamizaje Neonatal Completo	B/.200.00 al 100%
Circuncisión – Requiere Pre Autorización	Bajo la Hospitalización – 100%
b. Recién Nacidos Prematuros	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%
Aplica desde el primer día de nacido	por cada niño

SIDA

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

BENEFICIO DE PSIQUIATRIA

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

COBERTURA DENTAL

Máximo por Año Póliza	B/.250.00 al 100%
-----------------------	-------------------

TRASPLANTE DE ÓRGANOS Y TEJIDOS

Máximo Vitalicio	80% sin aplicar deducible B/.150,000.00
------------------	--

SERVICIOS PRIVADOS DE ENFERMERÍA

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

AMBULANCIA

Terrestre	B/.300.00 al 100%
Aérea Local – Requiere Pre-Autorización	B/.2,500.00 al 100%

MEDICINA PREVENTIVA / DENTRO DE LA RED

NIÑO SANO <ul style="list-style-type: none"> • Consulta de Control <table style="margin-left: 20px;"> <tr> <td>0 a 12 meses</td> <td>8 visitas al año</td> </tr> <tr> <td>13 a 24 meses</td> <td>4 visitas al año</td> </tr> <tr> <td>3 a 6 años</td> <td>2 visitas al año</td> </tr> </table> • Vacunas BCG, Difteria + Tétano, DT aP, Hepatitis A, Hepatitis B, Hib Titer, MMR, Neumococo, Polio IM, Rotavirus, Varicela 	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%
0 a 12 meses	8 visitas al año						
13 a 24 meses	4 visitas al año						
3 a 6 años	2 visitas al año						
MUJERES (no aplica a hijas dependientes) <ul style="list-style-type: none"> • Cita de control anual • Papanicolau • Mamografía anual a partir de los 40 años 	Co-Pago del 50%						
HOMBRES <ul style="list-style-type: none"> • Antígeno Prostático anual a partir de los 40 años 	Co-Pago del 50%						



TABLA DE BENEFICIOS MAXIMOS REEMBOLSABLES MEDIRED INFINITY

EXONERACION DEL PAGO DE PRIMAS

En caso del fallecimiento del Asegurado Principal	100% de la prima por período de tres (3) meses
---	--

COBERTURA FUERA DE PANAMÁ (Aplica solo para Centroamérica y Colombia)

- Aplica para los beneficios en la Tabla de Beneficios (con excepción de Medicina Preventiva) hasta los límites indicados.
- Aplica al 80% después del deducible que aplique, con excepción del Cuarto de Urgencias por Accidentes o Enfermedades Críticas Detalladas, el cual será cubierto contra reembolso al 100% sin deducible.
- Gastos por Servicios Ambulatorios aplican contra reembolso.
- 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, Centroamérica y Colombia: Aplica para todos los gastos médicos incurridos y cubiertos dentro del territorio de la República de Panamá, cualquier país de Centroamérica y Colombia, ya sean por Urgencias o por casos Electivos y Programados, según se detalla en esta tabla.

<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 al 80% • 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 costos pactados con los Proveedores de Red en Panamá
--	--

BENEFICIOS ADICIONALES:

COBERTURA DE ALERGIAS

Máximo por Año Póliza	B/.250.00 al 100%
-----------------------	-------------------

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
---	---

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 Panamá, Centroamérica y Colombia B/.5,000.00
---	--

(*) **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.