

BENEFICIOS CUBIERTOS	MEDIRED KIDS	MEDIRED KIDS INFINITY
Cobertura Máximo Deducible por Año Póliza por Persona: Local "Stop Loss" Participación Máxima Anual del Asegurado en concepto de Co-Aseguro del 20%, excedente de gastos elegibles bajo costos R&A serán cubiertos al 100%) - Por Persona	Local Vitalicio por Persona \$200,000.00 \$200.00 \$4,000.00	Panamá, Centroamérica y Colombia Renovable por Personal \$200,000.00 \$300.00 \$5,000.00
RECLUSION HOSPITALARIA (Requiere Pre-Autorización)		
a. Cuarto y Alimentación Diario - Habitación Privada b. Cuidado Intensivo Diario c. Servicios Hospitalarios (Cargos Misceláneos) d. Cirugía (Honorarios Médicos) e. Anestesia (Honorarios Médicos) f. Visitas Intrahospitalarias (Honorarios Médicos) - Médico Tratante (1 visita al día, más de 1 requiere pre-autorización) - Médico Adicional (Requiere Pre-autorización)	Co-Pago por Evento de \$200.00 en San Fernando y Santa Fe, \$300.00 en Punta Pacífica y Paitilla y \$350.00 en Nacional. Máximo (10) diez días. A partir del (11) onceavo día se pagarán al 80% (coaseguro 20)	Co-Pago por Evento de \$250 en San Fernando, Nacional y Paitilla \$350, Punta Pacífica \$400 y \$200 en Santa Fe, Interior y Colón. Máximo (10) diez días. A partir del (11) onceavo día se pagarán al 80% (coaseguro 20)
BENEFICIOS DE GASTOS AMBULATORIOS		
CLÍNICAS SATÉLITES / Consulta Externa		
Médico General	Sin, Co-Pago	Sin, Co-Pago
Médico Especialista	Co-Pago \$12.00	Co-Pago \$12.00
MÉDICOS DE LA RED / Consultas Externas		
Médico General	Co-Pago \$12.00	Co-Pago \$12.00
Médico Especialista	Co-Pago \$20.00	Co-Pago \$20.00
Médico Sub Especialista	Co-Pago \$25.00	Co-Pago \$25.00
Rayos X y Laboratorios	Co-Pago 25%	Co-Pago 25%
Exámenes Especiales (Requiere Pre-autorización)	Co-Pago 30%	Co-Pago 30%
Medicamentos Recetados	80% Aplica deducible	80% Aplica deducible
Terapias Físicas y de Rehabilitación	Co-Pago \$10.00 por Sesión	Co-Pago \$10.00 por Sesión
Máximo al Año	Quince (15)	Sin Límite
Inhaloterapias o Nebulizaciones	Co-Pago \$10.00 por Sesión	Co-Pago \$10.00 por Sesión
Quimioterapias, Radioterapias y Hemodiálisis	Co-Pago 30%	Co-Pago 30%
(Sesiones ambulatorias requieren pre-autorización)		
ATENCION EN EL AREA DEL CUARTO DE URGENCIA		
Por Accidente o Enfermedad Crítico Detallada	100%, sin Co pago	100%, sin Co-Pago / Sin Límite
Por Enfermedad No Crítico Detallada	Co-Pago \$75.00	Co-Pago \$75.00 hasta un máximo de \$300.00 por evento
CIRUGIAS AMBULATORIAS (Requiere Pre-Autorización)		
En Salón de Operaciones (Cargos Misceláneos y Honorarios Médicos)	San Fernando, Santa Fe y Centros de Cirugías Ambulatorias Co-Pago 200.00 Hosp. Punta Pacífica y Paitilla Co-Pago 250.00 Hospital Nacional Co-Pago 350.00 Colón e Interior del País Co-Pago \$150.00	Santa Fe y Centros de Cirugías Ambulatorias Co-Pago \$200.00 San Fernando Co-Pago \$250.00 Nacional y Paitilla Co-Pago \$350.00 Punta Pacífica Co-Pago \$400.00 Colón e Interior del País Co-Pago \$200.00
En Consultorio del Médico (Cargos Misceláneos y Honorarios Médicos)	Co-Pago 30%	Co-Pago 30%
SIDA		
Máximo por Año	100% hasta \$5,000.00	100% hasta \$5,000.00
Máximo de por Vida	100% hasta \$25,000.00	100% hasta \$25,000.00
TRASTORNOS MENTALES Y NERVIOSOS (Psiquiátricos)		
	Consultas Ambulatorias Reembolso del 100% hasta un máximo anual de \$500.00	Consultas Ambulatorias y Tratamientos Médicos Reembolso del 100% hasta un máximo anual de \$500.00

COBERTURA DENTAL		
Máximo Anual	100% hasta \$150.00	100% hasta \$250.00
TRANSPLANTE DE ORGANOS Y TEJIDOS		
Máximo de Por Vida	\$100,000.00	80% sin deducible hasta \$100,000.00
SERVICIOS DE ENFERMERA PRIVADA		
Requiere Pre-autorización	100% hasta un límite de 30 sesiones con máximo de 8 horas por sesión	100% hasta un límite de 30 sesiones con máximo de 8 horas por sesión
AMBULANCIA		
Local:		
Terrestre	100% hasta \$100.00	100% hasta \$300.00
Aérea (Requiere Pre-Autorización)	100% hasta \$1,000.00	100% hasta \$2,500.00
MEDICINA PREVENTIVA / DENTRO DE LA RED		
Niños Sanos		
Consulta de Control de 2 - 6 años / 4 Visitas al año		
Vacunas	Co-Pago 50%	Co-Pago 50%
Vacuna contra el VPH / 3 aplicaciones		
Exámenes anuales: Hemograma, urinalisis, heces, glucosa		
EXONERACIÓN DEL PAGO DE PRIMAS		
En caso de Fallecimiento del Contratante de la Póliza	100% de la prima por un período de seis meses	100% de la prima por un período de seis meses
BENEFICIOS ADICIONALES (REEMBOLSO)		
Cobertura de Alergias	100% hasta un máximo anual de \$250.00	100% hasta un máximo anual de \$500.00
Cobertura de Nutricionista	100% hasta un máximo anual de \$200.00	100% hasta un máximo anual de \$200.00
Cobertura Optica (Compra de Anteojos)	100% hasta un máximo anual de \$75.00	100% hasta un máximo anual de \$150.00
Aparato de Inhaloterapia	100% hasta un máximo vitalicio de \$75.00	100% hasta un máximo vitalicio de \$75.00
Botas Ortopédicas (Máximo dos pares al año)	100% hasta un máximo por par de \$75.00	100% hasta un máximo por par de \$75.00
URGENCIAS MEDICAS FUERA DE PANAMA		
Aplica para todos los beneficios detallados en esta tabla, según se especifica y hasta los límites indicados	60% de los costos de Panamá	A excepción de Centroamérica y Colombia 60% de los costos de Panamá
COBERTURA FUERA DE PANAMA		
Aplica para todos los beneficios detallados en esta tabla, según se especifica y hasta los límites indicados	No aplica	Centroamérica y Colombia Aplica para los beneficios de la Tabla (con excepción de Medicina Preventiva) hasta los límites indicados. 80% después del deducible, a excepción del Cuarto de Urgencias por Accidentes o Enfermedad Crítico Detallada) el cual será contra reembolso al 100% sin deducible
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	Reembolso del 60%, sobre los costos pactados con los Proveedores en Panamá