

| 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 Reenovable 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 |

| BENEFICIOS CUBIERTOS | MEDIRED KIDS | MEDIRED KIDS INFINITY |
|--|--|--|
| 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 Alergías | 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 |

| BENEFICIOS CUBIERTOS | MEDIRED KIDS | MEDIRED KIDS INFINITY |
|--|--|--|
| 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 Crítica 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 |
| PRIMAS No incluye impuesto | \$38.50 | \$45.00 |

Regulado y Supervisado por la Superintendencia de Seguros y Reaseguros de Panamá