

BENEFICIOS MÁXIMOS REEMBOLSABLES	MEDIRED INFINITY	ELITE INFINITY
MÁXIMO ANUAL RENOVABLE		
Cobertura	\$300,000	\$500,000
Red de Proveedores	Local, Centroamérica y Colombia Medired (Local) / BCBS Red PPO	Local e Internacional Medired (Local) / BCBS Red PPO (Int)
Deducible por Año Póliza por Asegurado: Panamá, Centroamérica y Colombia	\$300.00	\$300
Deducible por año Póliza por Asegurado: Otros Países		
- Deducible para Urgencias por Accidente o Enfermedad	No Aplica	\$1,000.00
- Deducible para Casos Electivos o Programados	No Aplica	\$5,000.00
Sopt Loss por Año Póliza por Asegurado. 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 Aplica	\$7,000
- En Panamá, Centroamérica y Colombia	\$5,000.00	\$10,000
- Fuera de Panamá	No Aplica	\$10,000
RECLUSION EN EL HOSPITAL (Requiere Pre-Autorización)		
a. Cuarto y Alimentación Diario	<i>CO-PAGO POR EVENTO</i>	<i>CO-PAGO POR EVENTO</i>
b. Cuidado Intensivo Diario		
c. Servicios Hospitalarios (Cargos Misceláneos)		
Exámenes con costos mayores de B/.200.00 requieren Pre-Autorización		
d. Cirugía (Honorarios Médicos)	San Fernando y Santa Fe B/.250.00 Punta Pacífica y Paitilla B/.300.00 Nacional B/.400.00 Interior y Colón B/.200.00	San Fernando y Santa Fe B/.250.00 Punta Pacífica y Paitilla B/.300.00 Nacional B/.400.00 Interior y Colón B/.200.00
Cirujano Asistente - Requiere Pre-utorización	Máximo diez (10) días	Máximo diez (10) días
e. Anestesia (Honorarios Médicos)	A partir del décimo primer día (11) se pagarán al 80% (coaseguro 20%)	A partir del décimo primer día (11) se pagarán al 80% (coaseguro 20%)
f. Visitas Intrahospitalarias (Honorarios Médicos)		
- Médico Tratante (1 visita al día, más de 1 requiere pre-autorización)		
- Médico Adicional (Requiere Pre-autorización)		
SERVICIOS AMBULATORIOS		
- Consulta Externa en Clínica Satélite con Médico General	Sin Co-Pago	Sin Co-Pago
- Consulta Externa con Médico General - Red de Proveedores	Co-Pago de B/.12.00	Co-Pago de B/.12.00
- Consulta Externa con Médico Especialista - Red de Proveedores	Co-Pago de B/.20.00	Co-Pago de B/.20.00
Consulta Externa con Sub Especialista Detallado	Co-Pago de B/.25.00	Co-Pago de B/.25.00
- Rayos X y Laboratorios (Exámenes cuyo costo en conjunto sea mayor de \$100.00 requieren Preautorización)	Co-Pago del 25%	Co-Pago del 25%
- Exámenes Especiales (Requiere Pre-autorización)	Co-Pago del 30%	Co-Pago del 30%
- Medicamentos Recetados	Reembolso del 80%	Reembolso del 80%
Acupuntura (Requiere Pre-autorización)	Co-Pago de B/.15.00 por Sesión	Co-Pago de B/.15.00 por Sesión
- Máximo al Año	Cinco (5) Sesiones	Cinco (5) Sesiones
- Máximo Vitalicio	Veinte (20) Sesiones	Veinte (20) Sesiones
Quiropráctica (Requiere Pre-autorización)	Co-Pago de B/.15.00 por Sesión	Co-Pago de B/.15.00 por Sesión
- Máximo al Año	Veinte (20) Sesiones	Veinte (20) Sesiones
Terapias Físicas y de Rehabilitación - Requiere Pre-Autorización	Sin Limite. Co-Pago de B/10.00 por Evento	Sin Limite. Co-Pago de B/10.00 por Evento
Inhaloterapias o Nebulizaciones	Co-Pago B/.10.00 por Sesión	Co-Pago B/.10.00 por Sesión
Quimioterapias, Radioterapias y Hemodiálisis	Co-Pago del 30% por Sesión	Co-Pago del 30% por Sesión

BENEFICIOS MÁXIMOS REEMBOLSABLES	MEDIRED INFINITY	ELITE INFINITY
(Sesiones Ambulatorias - Requieren Pre-autorización)	Co-Pago del 50% por Sesión	Co-Pago del 50% por Sesión
Equipo Médico Durable - Requiere Pre-Autorización	NO APLICA	80% Después del Deducible hasta un Máximo Vitalicio de \$2,500.00
CUARTO DE URGENCIAS		
Panamá	Sin Límite	Sin Límite
Accidente y Enfermedades Críticas Detalladas (*)	100%, sin Co-Pago	100%, sin Co-Pago
Enfermedad No Crítica Detallada	Co-Pago de B/.75.00	Co-Pago de B/.75.00
CIRUGIA AMBULATORIA (Requiere Pre-Autorización)		
- Realizadas en el Hospital, Clínica o Centro de Cirugía Ambulatoria (Cargos Misceláneos y Honorarios Médicos)	Sin Límite	Sin Límite
Hospital San Fernando, Santa Fé y Centros Ambulatorios	Co-Pago B/.200.00 por Evento	Co-Pago B/.200.00 por Evento
Hospital Punta Pacífica y Paitilla	Co-Pago B/.250.00 por Evento	Co-Pago B/.250.00 por Evento
Hospital Nacional	Co-Pago B/.350.00 por evento	Co-Pago B/.350.00 por evento
Colón e Interior del País	Co-Pago B/.150.00 por evento	Co-Pago B/.150.00 por evento
- Realizadas en el Consultorio del Médico (Cargos Misceláneos y Honorarios Médicos)	Co-Pago del 30% por evento	Co-Pago del 30% por evento
MATERNIDAD		
Período de Espera PARA INICIAR EL EMBARAZO	12 meses para quedar embarazada, se cubrirá siempre y cuando el embarazo haya iniciado el primer día del 13o mes.	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 por embarazo	B/.7,500.00 por embarazo
Cubre Gastos Prenatales y de Alumbramiento		
- Consultas Pre-Natales: Máximo 8 consultas por embarazo	Co-Pago de B/.20.00	Co-Pago de B/.20.00
- Ultrasonidos: Sin Límite	Co-Pago de 25%	Co-Pago de 25%
- Ultrasonidos 4D: Requiere Pre-Autorización	Co-Pago de 25%	Co-Pago de 25%
- Laboratorios	Co-Pago de 25%	Co-Pago de 25%
- Monitores Fetales	Co-Pago de 25%	Co-Pago de 25%
- Medicamentos y Vitaminas	Reembolso del 80% después del Deducible	Reembolso del 80% después del Deducible
- Hospitalización - Privada	Co-Pago según hospitalización	Habitación Suite - Co-Pago según Hospitalización
Incluye: Anestesia (Epidural) en Parto Normal	Se Cubre 100%	Se Cubre 100%
Salpingectomía	NO APLICA	100% hasta B/.1,000.00
a. GASTOS DE NIÑO SANO		
Tamizaje Neonatal Completo	B/.10.000.00 al 100% por Evento	B/.10.000.00 al 100% por Evento
Circuncisión - Requiere Pre-Autorización	B/.200.00 al 100%	B/.200.00 al 100%
b. Recien Nacidos Prematuros	Bajo la Hospitalización - 100%	Bajo la Hospitalización - 100%
	B/.15,000.00 al 100% por evento	B/.20,000.00 al 100% por evento
ENFERMEDAD CONGENITA, HEREDITARIA O ADQUIRIDA DEL RECIEN NACIDO		

BENEFICIOS MÁXIMOS REEMBOLSABLES	MEDIRED INFINITY	ELITE INFINITY
Recién Nacidos Cubiertos bajo la póliza (Aplica desde el primer día de nacido)	B/.30,000.00 Máximo Vitalicio al 100% por cada niño	B/.30,000.00 Máximo Vitalicio al 100% por cada niño
SIDA		
Máximo por Año Póliza	B/.5,00.00 al 100%	B/.5,000.00 al 100%
Máximo Vitalicio	B/.25,000.00 al 100%	B/.25,000.00 al 100%
BENEFICIO DE PSIQUIATRIA		
Máximo por Año Póliza	B/.5,000.00 al 100%	B/.5,000.00 al 100%
Máximo Vitalicio	B/.25,000.00 al 100%	B/.25,000.00 al 100%
COBERTURA DENTAL		
	B/.250.00 al 100%	B/.500.00 al 100%
TRANSPLANTE DE ORGANOS Y TEJIDOS		
Máximo Vitalicio	80% sin aplicar deducible B/.150,000.00	80% sin aplicar deducible B/.250,000.00
SERVICIOS PRIVADOS DE ENFERMERIA		
Requiere Pre-autorización	100%, límite 30 sesiones máximo 8 horas cada sesión	100% hasta 30 sesiones máximo 8 horas cada sesión
AMBULANCIA		
<i>Local:</i> Terrestre	B/.100.00 al 100%	B/.100.00 al 100%
Aérea (Requiere Pre-Autorización)	B/.1,000.00 al 100%	B/.1,000.00 al 100%
<i>Internacional:</i> Terrestre o Aérea (Requiere Pre-autorización)	No Aplica	80% sin aplicar deducible hasta B/.10,000.00
MEDICINA PREVENTIVA / DENTRO DE LA RED		
Niños Sanos 0 a 6 años		
- Consulta de Control	Co-Pago del 50%	Co-Pago del 50%
- Vacunas (BCG, Difteria + Tétano, DT aP, Hepatitis A, Hepatitis B, Hib Titer, MMR, Neumococo, Polio IM, Rotavirus, Varicela, VPH niños y niñas (3 aplicaciones)	NO APLICA	
- Exámenes de Control Anual (Hemograma, Heces, Urinálisis, Glucosa)		
Mujeres (No aplica a hijas dependientes)		
- Cita de Control anual y Papanicolau	Co-Pago del 50%	Co-Pago del 50%
- Mamografía anual a partir de los 40 años		
Examen Anual de Contro (A partir de los 45 años) Hemograma, Urinalisis, Perfil Lipidico, Nitrógeno de Urea, Glicemia, Rayos X del Toráx, EKG y Examen Físico,	NO APLICA	B/.100.00 al 100%

BENEFICIOS MÁXIMOS REEMBOLSABLES	MEDIRED INFINITY	ELITE INFINITY
Hombres - Antígeno Prostático anual a partir de los 40 años (PSA) Examen Anual de Control (A partir de los 45 años) Hemograma, Urinalisis, Perfil Lipídico, Nitrógeno de Urea, Glicemia, Rayos X del Toráx, EKG y Examen Físico,	Co-Pago del 50% NO APLICA	Co-Pago del 50% B/.100.00 al 100%
GASTOS DE REPATRIACIÓN En caso que un Asegurado fallezca fuera de la República de Panamá	No aplica	B/.5,000 al 100%
EXONERACION DEL PAGO DE PRIMAS En caso del fallecimiento del Asegurado Principal	100% de la prima por periodo de tres (3) meses	100% de la prima por periodo de tres (3) meses
COBERTURA FUERA DE PANAMA	<ul style="list-style-type: none"> • 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. <ul style="list-style-type: none"> • 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) <ul style="list-style-type: none"> • 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"> • 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 Enfermedades Críticas Detalladas, el cual será cubierto contra reembolso al 100% sin estar sujeto al deducible. <ul style="list-style-type: none"> • Gastos por Servicios Ambulatorios aplican contra reembolso. • Casos Electivos o programados, sujeto a condición médica del asegurado y previa aprobación por parte de la Compañía. • Sujeto a utilización de proveedores dentro de la Red del Sistema Blue Cross and Blue Shield (PPO) <ul style="list-style-type: none"> • Deducibles: o Panamá, Centroamérica y Colombia: Aplica para todos los gastos médicos
BENEFICIOS ADICIONALES		

BENEFICIOS MÁXIMOS REEMBOLSABLES

COBERTURA DE ALERGIAS (Máximo por Año Póliza)

NUTRICIONISTA (Máximo por Año Póliza)

SERVICIOS FUERA DE LA RED DE PROVEEDORES

Aplica para todos los beneficios detallados en esta tabla

CONDICIONES CATASTRÓFICAS

Condiciones: Enfermedades y/o Procedimientos Cardiovasculares, Cirugías por Condiciones Hemato-Oncológicas de cualquier tipo (Cáncer), Cirugías Ortopédicas Mayores, Enfermedades Neurológicas y Procedimientos Neuroquirúrgicos, Cirugías por Traumas Mayores (Politraumatismo - Incluyendo Rehabilitación)

Rango de Edades

18 - 25
26 - 29
30 - 34
35 - 39
40 - 44
45 - 49
50 - 54
55 - 59
60 - 64
65 - 69
70-74
75-79
80 o más

MEDIRED INFINITY

B/.250.00 al 100%

NO APLICA

Reembolso del 60%, sobre los costos pactados con los Proveedores Afiliados en Panamá

ELITE INFINITY

B/.500.00 al 100%

B/.200.00 al 100%

Reembolso del 60%, sobre los costos pactados con los Proveedores Afiliados en Panamá

MEDIRED

\$53.40
\$60.30
\$68.90
\$79.40
\$84.70
\$112.50
\$128.80
\$157.40
\$197.30
\$258.50
\$339.00
\$407.30
\$448.00

ELITE

\$69.20
\$77.90
\$89.40
\$101.00
\$108.50
\$131.70
\$158.00
\$184.50
\$225.30
\$300.80
\$384.80
\$457.00
\$507.90

HIJOS

1 Hijo
2 Hijos
3 hijos
4 Hijos
5 Hijos
Cada hijo adicional

\$48.90
\$95.50
\$141.90
\$188.40
\$234.90
\$46.50

\$62.70
\$122.30
\$181.80
\$241.30
\$300.90
\$59.60