

TABLA DE BENEFICIOS MAXIMOS REEMBOLSABLES

| | |
|--|-----------------------|
| MAXIMO VITALICIO POR ASEGURADO | B/. 100,000.00 |
| Cobertura: | Local |
| Red de Proveedores: | MEDIRED |
| <ul style="list-style-type: none"> Hospitales: Ciudad de Panamá: San Fernando, Santa Fe y Hospital Nacional Interior y Colón: Todos los de la Red Otros Proveedores: Todos los de la Red | |
| Deducible por Año Póliza por Asegurado: | No Aplica |
| Stop Loss por Año Póliza por Asegurado: | No Aplica |

RECLUSIÓN EN EL HOSPITAL - Requiere Pre- Autorización

| | |
|---|---|
| a. Habitación Privada en Panamá | <p>HOSPITALES EN PANAMA Co-PAGO POR DIA: San Fernando y Santa Fe B/.150.00 Hospital Nacional B/.200.00 Hasta el cuarto (4) día, del quinto (5) día y Condiciones Catastróficas se pagarán al 80% (Co-Aseguro 20%)</p> <p>HOSPITALES EN INTERIOR Y COLON CO PAGO POR DIA: B/.100.00 Hasta el cuarto (4) día, del quinto (5) día y Condiciones Catastróficas se pagarán al 80% (Co-Aseguro 20%)</p> |
| b. Cuidados Intensivos | |
| c. Servicios Hospitalarios (Cargos Misceláneos). Exámenes mayores a B/.200.00 - Previa Autorización | |
| d. Cirugía: Honorarios Médicos | |
| e. Anestesia: Honorarios Médicos - Previa Autorización | |
| f. Visitas Intrahospitalarias: Honorarios Médicos <ul style="list-style-type: none"> Médico Tratante – Una (1) visita al día. En exceso Previa Autorización Médico Especialista – Previa Autorización | |

SERVICIOS AMBULATORIOS

| | |
|---|---|
| Consulta en Clínicas Satélites – Médico General | Sin Co-Pago |
| Consulta en Clínicas Satélites – Médico Especialista | Co-Pago de B/.10.00 |
| Consulta Externa - Médico General | Co- Pago de B/.12.00 |
| Consulta Externa - Médico Especialista | Co- Pago de B/.20.00 |
| Consulta Externa - Médico Sub Especialista Detallados | 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 35% |
| Exámenes Especiales y Pruebas Diagnósticas | No Aplica |
| Medicamentos Recetados: <ul style="list-style-type: none"> Innovador o Comercial Bioequivalente o Genérico Máximo por Año Póliza | Reembolso del 50% Reembolso del 60% B/.2,500.00 |
| Terapias Físicas y de Rehabilitación – Requiere Pre-Autorización <ul style="list-style-type: none"> Máximo por Año Póliza | Co- Pago de B/.10.00 por sesión Diez (10) sesiones |
| Inhaloterapias – Requiere Pre- Autorización <ul style="list-style-type: none"> Máximo por Año Póliza | Co- Pago de B/.10.00 por sesión Diez (10) sesiones |
| Quimioterapias, Radioterapias y Hemodiálisis | No Aplica |

CUARTO DE URGENCIAS

| | |
|---|----------------------|
| a. Por Accidente | 100%, sin límite |
| b. Por Enfermedad Crítica Detallada (*) | 100%, sin límite |
| c. Por Enfermedad No Crítico Detallada | Co- Pago de B/.75.00 |



TABLA DE BENEFICIOS MAXIMOS REEMBOLSABLES

CIRUGÍA AMBULATORIA – Previa Autorización

| | |
|---|---|
| <p>a. Realizadas en el Hospital, Clínica o Centro de Cirugía Ambulatoria (Cargos Misceláneos y Honorarios Médicos):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ciudad de Panamá: San Fernando, Santa Fe y Centros Ambulatorios • Ciudad de Panamá: Hospital Nacional • Interior y Colón: Todos los de la Red | <p>Co- Pago de B/.200.00 por evento Co- Pago de B/.300.00 por evento Co- Pago de B/.150.00 por evento</p> |
| <p>b. Realizadas en Consultorio Médico: (Cargos Misceláneos y Honorarios Médicos)</p> | <p>Co- Pago del 35% por evento</p> |

AMBULANCIA

| | |
|---|---|
| <p>a. Terrestre Ambulancia Privada para Emergencias</p> | <p>B/.100.00 al 100% 100% Afiliación Incluida en Panamá</p> |
|---|---|

RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACION

| | |
|--|--|
| <p>Accidente o Enfermedad cubiertas por la Póliza Aplica en Hospitales Privados o Públicos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reembolso de: A partir del 2do. día de Hospitalización • Máximo por Año Póliza | <p>B/.10.00 por día 15 días</p> |
|--|--|

CONDICIONES CATASTROFICAS – Aplica para Hospitalización

| | |
|---|--|
| <p>Condiciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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) | <p>De acuerdo a los beneficios detallados en esta tabla, se cubrirán al 80%, los gastos por o relacionados directa o indirectamente con los procedimientos o tratamientos detallados, desde el primer día de incurrido el gasto.</p> |
|---|--|

SERVICIOS FUERA DE LA RED

| | |
|--|---|
| <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.

