

TABLA DE BENEFICIOS MAXIMOS REEMBOLSABLES

MÁXIMO ANUAL RENOVABLE POR ASEGURADO	B/. 500,000.00
Renovable	Local e Internacional
Cobertura	MEDIRED
Red de Proveedores:	
<ul style="list-style-type: none"> Hospitales: Ciudad de Panamá: Todos los de la Red Interior y Colón: Todos los de la Red Otros Proveedores: Todos los de la Red Fuera de Panamá: 	BCBS – Red PPO
Deducible por Año Póliza por Asegurado:	
<ul style="list-style-type: none"> Panamá, Centroamérica y Colombia Otros Países - Urgencias - Casos Electivos y/o Programados 	B/.300.00 B/.1,000.00 B/.5,000.00
Stop Loss por Año Póliza por Asegurado:	
<ul style="list-style-type: none"> Panamá, Centroamérica y Colombia Otros Países 	B/.5,000.00 B/.10,000.00

RECLUSIÓN EN EL HOSPITAL - Requiere Pre- Autorización

a. Cuarto y Alimentación Diario - Habitación Privada	<p>HOSPITALES EN PANAMA CO PAGO POR EVENTO: San Fernando y Santa Fe B/.250.00 Hospital Nacional y Paitilla B/.300.00 Pacífica Salud B/.400.00 Máximo diez (10) días A partir del décimo primer día (11) se pagarán al 80% (Coaseguro 20%)</p> <p>HOSPITALES EN INTERIOR Y COLON CO PAGO POR EVENTO: B/.200.00 Máximo diez (10) días A partir del décimo primer día (11) se pagarán al 80% (Coaseguro 20%)</p>
b. Cuidados Intensivos Diario	
c. Servicios Hospitalarios (Cargos Misceláneos). Exámenes mayores a B/.200.00 - Previa Autorización	
d. Cirugía: Honorarios Médicos Cirujano Asistente – Requiere Pre-Autorización	
e. Anestesia: Honorarios Médicos	
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	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: <ul style="list-style-type: none"> Innovador o Comercial Bioequivalente o Genérico 	80% después del deducible 90% después del deducible
Acupuntura <ul style="list-style-type: none"> Máximo por Año Póliza Máximo Vitalicio 	Co- Pago de B/.15.00 por sesión Cinco (5) sesiones Veinte (20) sesiones



TABLA DE BENEFICIOS MAXIMOS REEMBOLSABLES

Quiropráctica <ul style="list-style-type: none"> Máximo por Año Póliza 	Co- Pago de B/.15.00 por sesión Veinte (20) sesiones
Terapias Físicas y de Rehabilitación – Requiere Pre-Autorización	Co- Pago de B/.10.00 (Sin Límite)
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
Equipo Médico Durable – Requiere Pre-Autorización <ul style="list-style-type: none"> Máximo Vitalicio 	80%, después del Deducible B/.2,500.00 al 100%

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

CIRUGÍA AMBULATORIA – Previa Autorización

a. Realizadas en el Hospital, Clínica o Centro de Cirugía Ambulatoria (Cargos Misceláneos y Honorarios Médicos): <ul style="list-style-type: none"> Ciudad de Panamá: San Fernando, Santa Fe y Centros Ambulatorios Ciudad de Panamá: Hospital Nacional y Paitilla Ciudad de Panamá: Pacífica Salud Interior y Colón: Todos los de la Red 	Sin Límite Co- Pago de B/.200.00 por evento Co- Pago de B/.250.00 por evento Co- Pago de B/.350.00 por evento Co- pago de B/.150.00 por evento
b. Realizadas en Consultorio Médico (Cargos Misceláneos y Honorarios Médicos)	Co- Pago del 30% por evento

MATERNIDAD

Período de espera:	12 meses para quedar embarazada, se cubrirá siempre y cuando el embarazo haya iniciado el primer día del 13vo mes. B/.7,500.00 por evento
<ul style="list-style-type: none"> Máximo por Embarazo Cubre gastos pre-natales y de alumbramiento: <ul style="list-style-type: none"> Consultas Pre-Natales- Sin Límite Ultrasonidos- Sin Limite Ultrasonidos 4D: Requiere Pre-Autorización Laboratorios – Monitoreos Fetales Medicamentos y Vitaminas Hospitalización – Habitación Suite <ul style="list-style-type: none"> Incluye: <ul style="list-style-type: none"> Anestesia (Epidural) en Parto Normal Salpingetomía Gastos de Niños Sanos <ul style="list-style-type: none"> Tamizaje Neonatal Completo Circuncisión – Requiere Pre-Autorización Recién Nacidos Prematuros 	Co-Pago de 20.00 Co-Pago del 25% Co-Pago del 25% Co-Pago del 25% Sujeto al deducible y Reembolso del 80% o 90% (según el medicamento) Co- Pago según se detalla bajo hospitalización 100% B/.1,000.00 al 100% B/.10,000.00 al 100% B/.200.00 al 100% Bajo Hospitalización al 100% B/.20,000.00 al 100%



TABLA DE BENEFICIOS MAXIMOS REEMBOLSABLES

ENFERMEDAD CONGENITA, HEREDITARIA O ADQUIRIDA DEL RECIEN NACIDO

Recién nacidos cubiertos bajo la póliza. Aplica desde el primer día de nacido. <ul style="list-style-type: none"> Máximo Vitalicio por cada niño 	B/.30,000.00 al 100%
---	----------------------

SIDA

<ul style="list-style-type: none"> Máximo por Año Póliza Máximo Vitalicio 	B/.5,000.00 al 100% B/.25,000.00 al 100%
---	---

TRASTORNOS MENTALES Y NERVIOSOS

<ul style="list-style-type: none"> Máximo por Año Póliza Máximo Vitalicio 	B/.5,000.00 al 100% B/.25,000.00 al 100%
---	---

COBERTURA DENTAL

<ul style="list-style-type: none"> Máximo por Año Póliza 	B/.500.00 al 100%
---	-------------------

TRANSPLANTE DE ORGANOS Y TEJIDOS

<ul style="list-style-type: none"> Máximo Vitalicio 	80%, sin aplicar al Deducible B/.250,000.00
--	--

SERVICIOS PRIVADOS DE ENFERMERIA

Requiere Pre- Autorización	100%, hasta 30 turnos con un máximo de 8 horas por turno
----------------------------	--

AMBULANCIA

a. Terrestre	B/.300.00 al 100%
b. Aérea Local – Requiere Pre-Autorización	B/.2,500.00 al 100%
c. Internacional Terrestre o Aérea – Requiere Pre-Autorización	80%, sin aplicar al Deducible hasta B/.10,000.00
Ambulancia Privada para Emergencias	100% Afiliación Incluida en Panamá

PASAJE AEREO

Aplica para el Asegurado Principal	Pasaje Aéreo ida y vuelta Clase económica
------------------------------------	--

MEDICINA PREVENTIVA

NIÑO SANO <ul style="list-style-type: none"> Consulta de Control <ul style="list-style-type: none"> 0 a 12 meses 8 visitas al año 13 a 24 meses 4 visitas al año 3 a 6 años 2 visitas al año Vacunas BCG, Difteria + Tétano, DT aP, Hepatitis A, Hepatitis B, Hib Titer, MMR, Neumococo, Polio IM, Rotavirus, Varicela Vacuna contra el VPH para niños y niñas (3 aplicaciones) Exámenes de Control Anual: Hemograma, heces, urinalisis y glucosa. 	Co-Pago del 50%
--	-----------------



TABLA DE BENEFICIOS MAXIMOS REEMBOLSABLES

<p>MUJERES (no aplica a hijas dependientes)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cita de control anual • Papanicolau • Mamografía anual a partir de los 40 años • Examen Anual de Control (A partir de 45 años) Hemograma, Urinalisis, Perfil Lipídico, Nitrógeno de Urea, Rayos X del Tórax, EKG y Examen Físico, Glicemia 	<p>Co-Pago del 50%</p> <p>B/.100.00 al 100%</p>
<p>HOMBRES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Antígeno Prostático anual a partir de los 40 años • Examen Anual de Control (A partir de 45 años) Hemograma, Urinalisis, Perfil Lipídico, Nitrógeno de Urea, Rayos X del Tórax, EKG y Examen Físico, Glicemia 	<p>Co-Pago del 50%</p> <p>B/.100.00 al 100%</p>

GASTOS DE REPATRIACION

En caso que un Asegurado fallezca fuera de la República de Panamá	B/.5,000.00 al 100%
---	---------------------

EXONERACION DEL PAGO DE PRIMAS

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

COBERTURA FUERA DE PANAMÁ

- 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 estar sujeto al deducible.
- 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)
- 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.
 - Otros Países: Aplica para todos los gastos médicos incurridos y cubiertos en cualquier país del mundo con excepción de Panamá, Centroamérica y Colombia según se detallan en esta tabla.
- El deducible acumulado en Panamá, Centroamérica y Colombia, no aplica para completar o acumular al deducible correspondiente a otros países.

<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 Proveedores de Red en Panamá
--	--

BENEFICIOS ADICIONALES

BENEFICIO PARA NUTRICIONISTA

<ul style="list-style-type: none"> • Máximo por Año Póliza 	B/.200.00 al 100%
---	-------------------



TABLA DE BENEFICIOS MAXIMOS REEMBOLSABLES

COBERTURA DE ALERGIAS

• Máximo por Año Póliza	B/.500.00 al 100%
-------------------------	-------------------

SERVICIOS FUERA DE LA RED

Aplica para todos los beneficios detallados en esta tabla	Reembolso del 60% sobre los costos pactados con los proveedores en Panamá
---	---

PARTICIPACION MAXIMA DEL ASEGURADIO (STOP LOSS)

Límite Máximo Anual del Asegurado en concepto de Co-Aseguro de todos los gastos cubiertos bajo la póliza, excedente se reembolsa al 100%.

No se consideran 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.	<p>Por Año Póliza</p> <p>Panamá, Centroamérica y Colombia: B/.5,000.00</p> <p>Otros Países: B/.10,000.00</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.

