

TABLA DE BENEFICIOS MÁXIMOS REEMBOLSABLES

MÁXIMO VITALICIO POR ASEGURADO	B/. 200,000.00
Cobertura	Panamá
Red de Proveedores:	MEDIRED
<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 	
Deducible por Año Póliza por Asegurado:	B/.200.00
Stop Loss por Año Póliza por Asegurado:	B/.4,000.00

RECLUSIÓN EN EL HOSPITAL - Requiere Pre- Autorización

a. Habitación Privada en Panamá	<p align="center">COPAGO POR EVENTO</p> <p>San Fernando y Santa Fe: B/.250.00 Pacífica Salud: B/.350.00 Hospital Nacional y Paitilla: B/.400.00 The Panamá Clinic: B/.500.00 Hospitales Interior y Colón: B/.200.00</p> <p align="right">Máximo diez (10) días</p> <p>A partir del décimo primer día (11) se cubrirá al 80% (Coaseguro 20%), con excepción de los Gastos Médicos Mayores (*) los cuales se cubrirán al 80% sin aplicar deducible, desde el primer día</p>
b. Cuidados Intensivos o Semi-Intensivo Diario	
c. Servicios Hospitalarios (Cargos Misceláneos). Exámenes mayores a B/.200.00 - Requiere Pre-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 Requiere Pre-Autorización Médico Especialista – Requiere Pre-Autorización 	

SERVICIOS AMBULATORIOS

Consulta en Clínicas Satélites - Médico General	Sin Copago
Consulta en Clínicas Satélites - Médico Especialista	Copago: B/.10.00
Consulta Externa - Médico General	Copago: B/.12.00
Consulta Externa - Médico Especialista	Copago: B/.20.00
Consulta Externa - Médico Sub Especialista	Copago: B/.25.00
Rayos X y Laboratorios – Requiere Pre-Autorización (Exámenes cuyo costo en conjunto sea mayor de B/.100.00)	Copago: 25%
Exámenes Especiales – Requiere Pre-Autorización	Copago: 30%
Prueba o Estudios Diagnósticos – Requiere Pre-Autorización	Copago: 30%
Procedimientos Especiales– Requiere Pre-Autorización	Copago: 30%
Medicamentos Recetados: <ul style="list-style-type: none"> Innovador o Comercial Bioequivalente o Genérico 	80% después del deducible 90% después del deducible Máximo Anual B/.10,000.00
Terapias Físicas y de Rehabilitación En exceso del límite anual, sujeto a aprobación	Copago por Sesión B/.10.00 Quince (15) sesiones
Inhaloterapias o Nebulizaciones	Copago por Sesión: B/.10.00
Hemodiálisis, Quimioterapias y Radioterapias Requiere Pre-Autorización	Copago: 30%
Tratamiento Dirigido, inmunoterapia, monoclonales y hormonoterapia Requiere Pre-Autorización	Copago: 30% Máximo Vitalicio: B/.40,000.00

TABLA DE BENEFICIOS MÁXIMOS REEMBOLSABLES

CUARTO DE URGENCIAS

a. Por Accidente	100% no aplica deducible
b. Por Enfermedad Crítica Detallada (**)	100% no aplica deducible
c. Por Enfermedad No Crítico Detallada	Copago: B/.75.00 Máximo por Evento: \$300.00

CIRUGÍA AMBULATORIA – Requiere Pre-Autorización

	COPAGO POR EVENTO
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: Todos los de la Red <ul style="list-style-type: none"> ○ Santa Fe y Centros Ambulatorios ○ San Fernando ○ Pacífica Salud ○ Hospital Nacional y Paitilla ○ The Panama Clinic • Interior y Colón: Todos los de la Red 	Copago: B/.200.00 Copago: B/.250.00 Copago: B/.350.00 Copago: B/.400.00 Copago: B/.450.00 Copago: B/.200.00
b. Realizada en el Consultorio Médico (Cargos Misceláneos y Honorarios Médicos)	Con excepción de los Gastos Médicos Mayores (*) los cuales se cubrirán al 80%, sin aplicar deducible Copago: 30%

MEDICINA PREVENTIVA

NIÑO SANO	
- Consultas de Control: <ul style="list-style-type: none"> ○ 2 a 6 años (cumplidos) 	Copago: 50% Máximo Anual: Cuatro (4) visitas
- Vacunas de Control: BCG (Tuberculosis), DPT (Difteria, Tosferina, Tétano), MMR o SPR (Sarampión, Rubéola, Paperas), Polio (Poliomielitis), Hepatitis A, Hepatitis B, Hibtiter (Meningitis), Varicela, Pentavalente (Difteria, Tétano, Tosferina, Meningitis por Haemophilus Tipo B y Hepatitis B), Rotavirus y Neumococo.	Copago: 50%
- Vacuna contra el VPH para niños y niñas (3 aplicaciones)	Copago: 50%
- Exámenes de Control Anual: Hemograma, Heces, Urinálisis y Glucosa	Copago: 50%

SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA)

Gastos Médicos cubiertos por servicio y/o procedimientos detallados en esta tabla, como: Reclusión en Hospital, Cuarto de Urgencia y Servicios Ambulatorios.	100% no aplica deducible Máximo Anual: B/.5,000.00 Máximo Vitalicio: B/.25,000.00
--	---

TRASTORNOS MENTALES Y NERVIOSOS - Tratamientos Psiquiátricos

Gastos Médicos cubiertos por servicio y/o procedimientos detallados en esta tabla, como: Reclusión en Hospital, Cuarto de Urgencia y Servicios Ambulatorios.	100% no aplica deducible Máximo Anual: B/.500.00
--	---

TABLA DE BENEFICIOS MÁXIMOS REEMBOLSABLES

DENTAL

Gastos Médicos cubiertos por servicio y/o procedimientos detallados en esta tabla, como: Reclusión en Hospital, Cuarto de Urgencia, Servicios Ambulatorios y Cirugías Ambulatorias. No aplica para tratamientos y/o procedimientos con fines de control, mantenimiento o estéticos.	100% no aplica deducible Máximo Anual: B/.150.00
---	---

TRANSPLANTE DE ORGANOS Y TEJIDOS – Requiere Pre-Autorización

Período de Espera	Doce (12) meses para cubrir gastos, a partir de la fecha de inclusión del Asegurado
Cubre los procedimientos quirúrgicos por trasplante de órganos o tejidos en el cuerpo de un Asegurado que provengan de un donante fallecido o vivo. Incluye los gastos del donante.	80% no aplica deducible Máximo Vitalicio: B/.100,000.00

SERVICIOS DE ENFERMERA PRIVADA – Requiere Pre-Autorización

Enfermeros graduados debidamente licenciados y registrados	100% no aplica del deducible Máximo Vitalicio: 30 turnos Ocho (8) horas c/u
--	---

SERVICIO DE AMBULANCIA

<ul style="list-style-type: none"> Terrestre Panamá *Ambulancia Privada para Emergencias Aérea Panamá – Requiere Pre-Autorización 	Máximo por Evento: B/.100.00 100% Afiliación incluida en Panamá Máximo por Evento: B/.1,000.00
---	--

BENEFICIOS ADICIONALES – Aplica al Asegurado Principal y Dependientes

<ul style="list-style-type: none"> Alergias Nutricionista Óptica (Compra de Anteojos) Aparato de Inhaloterapia Botas Ortopédicas 	100% no aplica deducible Máximo Anual: B/.250.00 Máximo Anual: B/.200.00 Máximo Anual: B/.75.00 Máximo Vitalicio: B/.75.00 Máximo Anual: B/.75.00
---	--

EXONERACION DEL PAGO DE PRIMAS

Para los dependientes asegurados, en caso de fallecimiento del Contratante de la Póliza.	100% de la prima Periodo Máximo: Seis (6) meses
--	--

SERVICIOS FUERA DE LA RED DE PROVEEDORES

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

URGENCIAS MÉDICAS FUERA DE PANAMÁ

Aplica para todos los beneficios detallados en esta tabla, según se especifica y hasta los límites indicados	Reembolso del 60% sobre los costos pactados con los proveedores en Panamá
--	---

TABLA DE BENEFICIOS MÁXIMOS REEMBOLSABLES

PARTICIPACIÓN MÁXIMA DEL ASEGURADO (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%.

<p>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>	<p>Por Año Póliza B/4,000.00</p>
--	--------------------------------------

(*) **Gasto Médico Mayor:** Enfermedades Neurológicas y Neuroquirúrgicas incluyendo accidentes Cerebrovasculares, Enfermedades Cardiovasculares y del Corazón, Cáncer y afecciones Hemato- Oncológicas, Trauma Mayor (Politraumatismos), Cirugías Ortopédicas Mayores y Artroscópicas, Enfermedades Renales incluyendo la Insuficiencia Renal Crónica.

(**) **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



Esta información se debe tomar solo como ilustración, para los términos y condiciones contractuales refiérase al contrato póliza.