

TABLA DE BENEFICIOS MAXIMOS REEMBOLSABLES

MÁXIMO VITALICIO POR ASEGURADO	B/. 300,000.00
Cobertura:	Local
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/.300.00
Stop Loss por Año Póliza por Asegurado:	B/.4,000.00

RECLUSIÓN EN EL HOSPITAL - Requiere Pre- Autorización

a. Cuarto y Alimentación Diario - Habitación Privada	<p>HOSPITALES EN PANAMA CO-PAGO POR DIA: San Fernando y Santa Fe B/.150.00 Hospital Nacional y Paitilla B/.200.00 Pacífica Salud B/.250.00 Hasta el cuarto (4) día, del quinto (5) día al décimo día (10) la hospitalización se cubre al 100%. A partir del onceavo (11) día 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 al décimo día (10) la hospitalización se cubre al 100%. A partir del onceavo (11) día se pagarán al 80% (Co-Aseguro 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 Máximo por Año Póliza 	80% después del deducible 90% después del deducible B/.10,000.00
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
Quiropráctica <ul style="list-style-type: none"> Máximo por Año 	Co- Pago de B/.15.00 por sesión Veinte (20) sesiones



TABLA DE BENEFICIOS MAXIMOS REEMBOLSABLES

Terapias Físicas y de Rehabilitación – Requiere Pre-Autorización <ul style="list-style-type: none"> Máximo por Año Póliza En exceso del límite anual, sujeto a aprobación 	Co- Pago de B/.10.00 Quince (15) sesiones
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

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 	Co- Pago de B/.200.00 por evento Co- Pago de B/.300.00 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
<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- Máximo 8 Consultas Ultrasonidos- Máximo 3 Ultrasonidos Laboratorios Medicamentos y Vitaminas Hospitalización – Habitación Privada Gastos de Niños Sanos Recién Nacidos Prematuros 	B/.3,500.00 por evento Co- pago de B/.20.00 Co-Pago del 25% Co-Pago del 25% Sujeto al deducible y Reembolso del 80% o 90% (según el medicamento) Co- Pago según lo detallado bajo hospitalización B/.5,000.00 al 100% B/.10,000.00 al 100%

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%
---	---



Suscrito y Administrado por Cía. Internacional de Seguros,
Licenciataro Independiente de Blue Cross and Blue Shield Association,
autorizado para operar como Blue Cross and Blue Shield of Panama

Supervisado y Regulado por la Superintendencia de Seguros de Panamá

MEDIRED - 07/99- Rev. 09/19
C.G. MEDIRED - 07/99- Rev. 09/19

TABLA DE BENEFICIOS MAXIMOS REEMBOLSABLES

SERVICIOS PRIVADOS DE ENFERMERIA

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

AMBULANCIA

a. Terrestre	B/.100.00 al 100%
b. Aérea Local – Requiere Pre-Autorización	B/.1,000.00 al 100%
Ambulancia Privada para Emergencias	100% Afiliación Incluida en Panamá

URGENCIAS MEDICAS FUERA DE PANAMA

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 nuestros Proveedores de Red en Panamá.
--	--

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 	Co-Pago del 50%
MUJERES (no aplica a hijas dependientes) <ul style="list-style-type: none"> • Cita de control anual • Papanicolau • Mamografía anual a partir de los 40 años 	Co-Pago del 50%
HOMBRES <ul style="list-style-type: none"> • Antígeno Prostático anual a partir de los 40 años 	Co-Pago del 50%

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.	Por Año Póliza B/.4,000.00
---	----------------------------

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
---	---

(*) **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.

