

TABLA DE BENEFICIOS MAXIMOS REEMBOLSABLES

MÁXIMO ANUAL RENOVABLE POR ASEGURADO	B/. 300,000.00
Cobertura:	Panamá, Centroamérica y Colombia
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 Fuera de Panamá: 	BCB Supervisado y Regulado por la Superintendencia de Seguros de Panamá S
Deducible por Año Póliza por Asegurado:	- Red PPO
<ul style="list-style-type: none"> Panamá, Centroamérica y Colombia 	B/.300.00
Stop Loss por Año Póliza por Asegurado:	
<ul style="list-style-type: none"> Panamá, Centroamérica y Colombia 	B/.5,000.00

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/.200.00 Hospital Nacional y Paitilla B/.300.00 Pacífica Salud B/.350.00 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/.150.00 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
Quiropráctica <ul style="list-style-type: none"> Máximo por Año Póliza 	Co- Pago de B/.15.00 por sesión Veinte (20) sesiones



TABLA DE BENEFICIOS MAXIMOS REEMBOLSABLES

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

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

<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 y Paitilla • Ciudad de Panamá: Pacífica Salud • Interior y Colón: Todos los de la Red 	<p>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</p>
<p>b. Realizadas en Consultorio Médico (Cargos Misceláneos y Honorarios Médicos)</p>	<p>Co- Pago del 30% por evento</p>

MATERNIDAD

<p>Período de espera:</p> <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 ○ Laboratorios – Monitoreos Fetales ○ Medicamentos y Vitaminas ○ Hospitalización – Habitación Privada <ul style="list-style-type: none"> ▪ Incluye: Anestesia (Epidural) en Parto Normal • Gastos de Niños Sanos <ul style="list-style-type: none"> ○ Tamizaje Neonatal Completo ○ Circuncisión – Requiere Pre-Autorización • Recién Nacidos Prematuros 	<p>12 meses para quedar embarazada, se cubrirá siempre y cuando el embarazo haya iniciado el primer día del 13vo. mes</p> <p>B/.4,000.00 por evento</p> <p>Co-Pago de B/.20.00 Co-Pago del 25% Co-Pago del 25%</p> <p>Sujeto al deducible y reembolso del 80% o 90% (según el medicamento) Co- Pago según se detalla bajo hospitalización</p> <p>100% B/.10,000.00 al 100% B/.200.00 al 100% Bajo Hospitalización al 100% B/.15,000.00 al 100%</p>
---	--

ENFERMEDAD CONGENITA, HEREDITARIA O ADQUIRIDA DEL RECIEN NACIDO

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



TABLA DE BENEFICIOS MAXIMOS REEMBOLSABLES

SIDA

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

TRASTORNOS MENTALES Y NERVIOSOS

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

COBERTURA DENTAL

<ul style="list-style-type: none"> Máximo por Año Póliza 	<p>B/.250.00 al 100%</p>
---	--------------------------

TRANSPLANTE DE ORGANOS Y TEJIDOS

<ul style="list-style-type: none"> Máximo Vitalicio 	<p>80%, sin aplicar al Deducible B/.150,000.00</p>
--	--

SERVICIOS PRIVADOS DE ENFERMERIA

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

AMBULANCIA

<p>a. Terrestre</p> <p>b. Aérea Local – Requiere Pre-Autorización</p> <p>Ambulancia Privada para Emergencias</p>	<p>B/.300.00 al 100% B/.2,500.00 al 100% 100% Afiliación Incluida en Panamá</p>
--	---

URGENCIAS MEDICAS FUERA DE PANAMA, CENTROAMERICA Y COLOMBIA

<p>Aplica para todos los beneficios detallados en esta tabla, según se especifica y hasta los límites indicados.</p>	<p>Reembolso del 60% sobre los costos pactados con nuestros Proveedores de Red en Panamá.</p>
--	---

MEDICINA PREVENTIVA

<p>NIÑO SANO</p> <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 		<p>Co-Pago del 50%</p>
<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 		<p>Co-Pago del 50%</p>
<p>HOMBRES</p> <ul style="list-style-type: none"> Antígeno Prostático anual a partir de los 40 años 		<p>Co-Pago del 50%</p>

EXONERACION DEL PAGO DE PRIMAS

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



TABLA DE BENEFICIOS MAXIMOS REEMBOLSABLES

COBERTURA FUERA DE PANAMA (Aplica solo para Centroamérica y Colombia)

- 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.

<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

COBERTURA DE ALERGIAS

<ul style="list-style-type: none"> • Máximo por Año Póliza 	B/.250.00 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.	Por Año Póliza Panamá, Centroamérica y Colombia B/.5,000.00
---	--

- (*) **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.



Suscrito y Administrado por Cía. Internacional de Seguros,
Licenciatario 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