

PRIMAS MENSUALES

El Asegurado Principal es consciente que la prima inicial pactada a favor de la Compañía como retribución por las coberturas contratadas aumentará conforme aumente su edad, de acuerdo a la siguiente tabla y lo establecido en las condiciones generales de la póliza.

Rango de edades	Deducible Local B/ 1,000.00		Deducible Local B/ 1,500.00		Deducible Local B/ 2,000.00		Deducible Local B/ 4,000.00	
	Asegurado Solo	Asegurado Cónyuge	Asegurado Solo	Asegurado Cónyuge	Asegurado Solo	Asegurado Cónyuge	Asegurado Solo	Asegurado Cónyuge
18-25	100.10	197.10	83.00	163.60	78.90	155.30	66.90	131.70
26-29	107.30	211.40	88.70	174.70	84.50	166.40	71.80	141.50
30-34	119.40	235.20	99.20	195.30	94.10	185.40	79.80	157.10
35-39	139.90	275.60	116.40	229.30	110.70	217.90	93.40	184.00
40-44	153.90	303.20	127.90	251.90	121.40	239.20	103.50	203.80
45-49	176.00	346.80	143.60	282.80	137.80	271.40	120.30	237.00
50-54	233.00	459.10	192.20	378.50	184.00	362.40	155.70	306.60
55-59	268.60	529.20	219.50	432.20	213.40	420.40	181.90	358.20
60-62	410.60	809.10	342.30	672.50	324.30	638.90	275.60	543.10
Hijos								
Un hijo	68.70		56.50		53.20		44.50	
Dos hijos	137.40		113.00		106.30		89.10	
Tres hijos	206.10		169.60		159.50		133.60	
Cada hijo adic.	34.40		28.30		26.70		22.30	

Rango de edades	Deducible Local B/ 1,000.00		Deducible Local B/ 1,500.00		Deducible Local B/ 2,000.00		Deducible Local B/ 4,000.00	
	Asegurado Solo	Asegurado Cónyuge	Asegurado Solo	Asegurado Cónyuge	Asegurado Solo	Asegurado Cónyuge	Asegurado Solo	Asegurado Cónyuge
18-25	119.00	234.40	98.90	194.80	93.90	184.90	79.70	156.80
26-29	127.70	251.40	105.60	208.10	100.60	198.10	85.50	168.40
30-34	142.00	279.80	118.10	232.40	112.00	220.70	95.00	187.00
35-39	166.50	328.00	138.60	273.00	131.70	259.40	111.20	219.00
40-44	183.20	360.70	152.20	299.90	144.60	284.70	123.20	242.60
45-49	209.50	412.70	170.90	336.60	164.00	323.00	143.30	282.10
50-54	277.20	546.00	228.80	450.70	219.00	431.40	185.30	365.10
55-59	319.70	629.60	261.20	514.60	254.00	500.50	216.60	426.50
60-62	488.80	962.70	406.50	800.60	386.10	760.60	328.20	646.50
Hijos								
Un hijo	81.80		67.40		63.20		53.00	
Dos hijos	163.60		134.70		126.50		106.10	
Tres hijos	245.40		202.10		189.70		159.10	
Cada hijo adic.	40.80		33.70		31.70		26.50	

Rango de Edades	Deducible Local B/ 1,000.00		Deducible Local B/ 1,500.00		Deducible Local B/ 2,000.00		Deducible Local B/ 4,000.00	
	Asegurado Solo	Asegurado Cónyuge	Asegurado Solo	Asegurado Cónyuge	Asegurado Solo	Asegurado Cónyuge	Asegurado Solo	Asegurado Cónyuge
18-25	127.40	250.70	105.90	208.40	100.50	197.90	85.20	167.80
26-29	136.50	268.80	113.00	222.60	107.70	212.00	91.50	180.20
30-34	152.00	299.10	126.20	248.80	119.90	236.10	101.60	200.10
35-39	178.20	350.70	148.30	292.00	140.90	277.70	119.00	234.40
40-44	196.00	385.80	162.90	320.90	154.70	304.60	131.80	259.60
45-49	224.30	441.30	182.90	360.10	175.50	345.60	153.30	301.90
50-54	296.70	584.00	244.80	482.20	234.40	461.60	198.30	390.60
55-59	342.10	673.30	279.50	550.60	271.80	535.50	231.70	456.30
60-62	523.00	1,029.50	434.90	856.60	413.10	813.80	351.20	691.70
Hijos								
Un hijo	87.50		72.10		67.70		56.70	
Dos hijos	175.10		144.10		135.40		113.50	
Tres hijos	262.70		216.20		203.10		170.20	
Cada hijo adic.	43.80		36.00		33.90		28.40	

LAS PRIMAS NO INCLUYEN EL 5% DE IMPUESTO.

Las primas correspondientes al Asegurado Principal y su Cónyuge se calcularán sobre la edad alcanzada o edad actuarial al momento de la efectividad del seguro y las mismas serán aplicadas en la renovación correspondientes de cada aniversario/renovación de la póliza.

FRECUENCIAS Y FORMAS DE PAGO

Mensual	ACH / Tarjeta de crédito
Trimestral, Semestral y Anual	ACH / Tarjeta de crédito / Efectivo

REQUISITOS PARA SOLICITANTES DE PÓLIZAS DE SALUD

PANAMEÑOS

De 40 a 45 años (Hombre / Mujer)

- Hemograma Completo
- Urinálisis
- Perfil Lipídico
- Glicemia en Ayuna

De 46 a 62 años (Hombre / Mujer)

- Hemograma Completo
- Urinálisis
- Perfil Lipídico
- Glicemia en Ayuna
- Prueba de Nicotina
- Examen Físico
- EKG
- PSA en sangre (sólo Hombres)

NIÑOS PANAMEÑOS: DE 0 A 3 AÑOS: Presentar informe pediátrico

EXTRANJEROS

De 18 a 30 años (Hombre / Mujer)

- Hemograma Completo
- Urinálisis
- Perfil lipídico
- Urinálisis
- Glicemia en ayuna
- Examen Físico

De 31 a 49 años (Hombre / Mujer)

- Hemograma Completo
- Glicemia en ayuna
- HB- HC (Hepatitis)
- Perfil lipídico
- Prueba de Nicotina
- Urinálisis
- PSA en Sangre (sólo en Hombres)
- EKG (Solo mayores de 45)
- Examen Físico

De 50 a 62 años (Hombre / Mujer)

- Hemograma Completo
- Glicemia en ayuna
- HB- HC (Hepatitis)
- Perfil lipídico
- Creatinina
- Urinálisis
- Prueba de Nicotina
- PSA en Sangre (sólo en Hombres)
- Examen Físico
- Prueba de Esfuerzo

NIÑOS EXTRANJEROS: DE 0 A 10 AÑOS: Presentar informe pediátrico

MÉDICOS AUTORIZADOS

EXÁMEN FÍSICO (Previa Cita)	EKG	TELÉFONOS
Centro Médico Nacional <i>Dr. Rogelio Pérez Valdivieso</i>	Médico Autorizado	398-2349
Royal Center <i>Dr. Manuel Pereira</i>	Médico Autorizado	223-8387
Wellmed Clinic <i>Dr. Jorge Paz Rodríguez</i>	Médico Autorizado	269-1795
Hospital Punta Pacífica <i>Dra. Daymé Quintero</i>	Médico Autorizado	204-8016
Consultorios América <i>Dr. Ricardo Pareja R.</i>	No aplica	229-4388 Ext.6000
Clínicas MiniMed	No aplica	830-5800

LABORATORIOS AUTORIZADOS

Laboratorios Clínicos Raly - Laboratorios Fernández, Laboratorios Serviloo America Lab, Laboratorios Minimed

PRUEBA DE ESFUERZO: (Requiere cita previa)

Centro Cardiovascular, Hospital Punta Pacífica	204-8072
Laboratorio Cardiovascular- San Fernando	229-0521

PARA PLAN MÉDICO INTERNACIONAL: Opción I, II y III costo de exámenes aplican para deducible. Planes Deluxe y Ultimate se reembolsa el costo al 100%. (Aplica para Pólizas aprobadas y emitidas por la compañía).

Línea de Atención
800-BCBS

Línea 24 horas
265-7053

Nuestras Oficinas:
Calle 50, Edificio Plaza Credicorp Bank, piso 17, local 1703

Recepción: 206-4200 / 206-4201 | **Servicio al Cliente:** 206-4224 / 206-4225 | **Preautorizaciones:** 206-4272 / 206-4252 | **Fax:** 210-1077

Correo electrónico:
preautorizaciones@seguros.com

Sucursales:

CENTENNIAL PLAZA:
Teléfono: 830-6163 / 64

LOS PUEBLOS:
Teléfono: 217-8760
Fax: 217-8076

DAVID:
Teléfono: 777-7500
Fax: 775-3050

LA CHORRERA:
Teléfono: 253-3252
Fax: 253-7973

CHITRÉ:
Teléfono: 996-4656
Fax: 996-3210

COLÓN:
Teléfono: 441-1393

PENONOMÉ:
Teléfono: 991-4209

SANTIAGO:
Teléfono: 998-3950
Fax: 998-4270

www.bcbpsma.com

Consulte a su corredor de seguros o contáctenos



Esta información se debe tomar como ilustración, para los términos y condiciones contractuales, refiérase al Contrato de Póliza. Actualizado Marzo 2023.

Con el respaldo de



Suscrito y Administrado por Cia. Internacional de Seguros, S.A., Licenciatario Independiente de Blue Cross and Blue Shield Association. Autorizado para operar como Blue Cross and Blue Shield of Panama.

Regulado y Supervisado por la Superintendencia de Seguros y Reaseguros de Panamá.



PLANMÉDICO
INTERNACIONAL



PLAN MÉDICO INTERNACIONAL

Plan Médico Internacional, es el producto más destacado y prestigioso del mercado, diseñado con la finalidad de ofrecer la mayor cantidad de beneficios y seguridad a los clientes más selectos y distinguidos, con un alcance internacional que brinda acceso a los más avanzados servicios médicos y hospitalarios a nivel mundial a través de **Blue Cross and Blue Shield**.

TABLA DE BENEFICIOS

MÁXIMO VITALICIO	B/. 1,000,000.00
Cobertura	Panamá e Internacional
Red de Proveedores:	
- Local	No Aplica
- Internacional	BCBS – Red Tradicional
Deducible por Año Póliza por Asegurado	Según Opción Seleccionada
Stop Loss por Año Póliza por Asegurado:	
- Panamá, Centroamérica y Colombia	B/. 4,000.00
- Otros Países	B/. 8,000.00

OPCIONES I II III

RECLUSIÓN EN EL HOSPITAL	
Habitación Privada en Panamá, Colombia y Centroamérica	90% después del deducible
Habitación Semi-Privada en Otros Países	
Cuidados Intensivos	
Servicios Hospitalarios (Cargos Misceláneos)	
Exámenes mayores de B/.200.00 - Previa Autorización	
Cirugía: Honorarios Médicos y Asistente Quirúrgico Previa Autorización	
Anestesia: Honorarios Médicos - Previa Autorización	
Visitas Intrahospitalarias: Honorarios Médicos	
• Médico Tratante - Una (1) visita al día - En exceso Previa Autorización	
• Médico Especialista - Previa Autorización	

SERVICIOS AMBULATORIOS	
Quimioterapias, Radioterapias y Hemodiálisis	90% después del deducible
Sesiones Ambulatorias- Previa Autorización	
Tratamiento Dirigido, Inmunoterapia, Monoclonales y Hormonoterapia	Maximo Vitalicio B/. 100,000.00

CUARTO DE URGENCIAS	
Por Accidente	100% no aplica deducible
Por Enfermedad Crítica Detallada	100% no aplica deducible
Por Enfermedad No Crítico Detallada	80% no aplica deducible

CIRUGÍA AMBULATORIA - Pre Autorización	
Honorarios Médicos	90% después del deducible
Cargos Misceláneos	
Cirugía Realizada en Consultorio	

MATERNIDAD	
▶ Aplica para aseguradas principales o cónyuges, solteras o casadas.	
Periodo de Espera	Doce (12) meses para cubrir gastos, a partir de la fecha de inclusión de la Asegurada
Cobertura:	Como cualquier condición
Panamá, Centroamérica y Colombia	Máximo por evento B/. 5,000.00
Otros Países	
Reclusión en el Hospital	90% después del deducible
Servicios Ambulatorios (Solo opción II y III)	
Laboratorios, Vitaminas y Medicamentos	90% después del deducible
Consultas	Máximo Ocho (8)
Ultrasonidos Obstétricos	Máximo Tres (3)
Monitoreos Fetales	Máximo Dos (2)
Recien Nacido Sanos	90% no aplica deducible
Recien Nacido Prematuro	100% no aplica deducible Máximo por evento B/. 30,000.00

ENFERMEDAD CONGÉNITA, HEREDITARIA O ADQUIRIDA DEL RECIÉN NACIDO	
Del Recién Nacido en Póliza	B/. 30,000.00 Máximo Vitalicio al 100% para cada niño

SIDA	
Máximo Anual	B/. 5,000.00 al 100%
Máximo Vitalicio	B/. 25,000.00 al 100%

TRASTORNOS MENTALES Y NERVIOSOS	
Tratamientos Psiquiátricos	90% después del deducible B/. 1,000.00 Anual B/. 25,000.00 Máximo Vitalicio

COBERTURA DENTAL ANUAL	
Cobertura sujeta a cargos usuales, razonables y acostumbrados (URA). No aplica para tratamientos y/o procedimientos con fines de control, mantenimiento o estéticos	90% después del deducible B/. 200.00 Anual

TRASPLANTE DE ÓRGANOS Y TEJIDOS	
Periodo de Espera	Seis meses
Procedimientos quirúrgicos y gastos de donante	B/. 500,000.00 Máximo Vitalicio 100% no aplica deducible

SERVICIOS DE ENFERMERA PRIVADA, CUIDADO EN EL HOGAR Y TERMINALES O PALEATIVOS	
Enfermera Privada: Previa Autorización	90% después del deducible
Hasta 30 sesiones con un máximo de ocho (8) horas c/u	
Cuidados en el Hogar: Previa Autorización	90% después del deducible Máximo Diario de B/. 300.00
Hasta 30 días	

MEDICINA PREVENTIVA	
Niños:	50% No aplica deducible
Consulta de Control- Hasta los seis años	
Vacunas de Control: BCG (Tuberculosis), DPT (Difteria, Tosferina, Tétano), MMR o SPR (Sarampión, Rubéola, Paperas), Polio (Poliomielítis), Hepatitis A, Hepatitis B, Hibtiter (Meningitis), Varicela, Pentavalente (Difteria, Tétano, Tosferina, Meningitis por Haemophilus Tipo B y Hepatitis B), Rotavirus y Neumococo	
Mujeres:	
- Consulta Anual Ginecológica y Papanicolau	
- Mamografía anual a partir de los 35 años	
- Examen Anual de control a partir de los 45 años: (Ver detalle en Tabla de Beneficios)	
Hombres:	
- PSA en sangre anual a partir de los 35 años	
- Examen Anual de control a partir de los 45 (Ver detalle en Tabla de Beneficios)	

AMBULANCIA	
Terrestre	90% después del deducible
Aérea	90% después del deducible
Ambulancia Privada para Emergencias	100%, Afiliación incluida en Panamá

PASAJE AÉREO	
Sólo en caso de necesidad médica. Previa Autorización Asegurado y un Acompañante	Pasaje aéreo de ida y vuelta Clase Económica

HOSPEDAJE DE UN ACOMPAÑANTE	
Sólo en caso de necesidad médica. Previa Autorización Sólo aplica por días de hospitalización del Asegurado	B/. 120.00 diarios Máximo 90 días

GASTOS DE REPATRIACIÓN	
En caso que un Asegurado fallezca fuera de la República de Panamá	B/. 7,500.00 al 100%

OPCIONES II III	
▶ SERVICIOS AMBULATORIOS	
En adición a los beneficios detallados, bajo estas opciones se cubre:	
Consultas Externas	90% después del deducible
Rayos X y Laboratorios	90% después del deducible
Exámenes Especiales – Previa Autorización	90% después del deducible
Medicamentos Recetados	90% después del deducible
Acupuntura	90% después del deducible
Máximo Anual	Cinco (5) tratamientos
Máximo Vitalicio	Veinte (20) tratamientos
Quiropráctica	90% después del deducible
Máximo Anual	Veinte (20) sesiones
Terapias Físicas y de Rehabilitación	90% después del deducible
Máximo Anual	Veinte (20) sesiones anuales
Exceso del Límite Anual	Previa autorización
Pruebas o Estudios Diagnósticos	90% después del deducible
Prcedimientos Especiales	90% después del deducible

OPCIÓN III	
▶ SEGURO DE VIDA	
▶ En adición a los beneficios detallados bajo las opciones I y II, esta opción cubre	
• Asegurado Principal	B/. 50,000.00
• Cónyuge	B/. 25,000.00
• Cada Hijo	B/. 10,000.00

INGRESO DIARIO POR HOSPITALIZACIÓN	
A partir del segundo día de hospitalización	
• Máximo Diario	B/. 100.00
• Máximo Vitalicio por Asegurado	B/. 36,500.00

COBERTURA FUERA DE PANAMÁ	
• Sujeto a Previa Autorización y Aprobación por parte de la Compañía	
• Aplica condición médica del Asegurado en los casos electivos o programados, con excepción de pólizas con Endoso Premium	
• Requiere utilización de los proveedores dentro de la Red del Sistema Blue Cross and Blue Shield.	
• Deducibles:	
• Panamá, Colombia y Centroamérica: Aplica el deducible elegido ya sea por Urgencia Médica por accidente o enfermedad o por Casos Electivos y Programados.	
• Otros Países:	
- Urgencia Médica por Accidente y Enfermedad: Aplica el deducible de Panamá, Colombia y Centroamérica.	
- Tratamientos Electivos o Programados: Se duplica el deducible de Panamá, Colombia y Centroamérica con un mínimo de B/.5,000.00.	
- El deducible acumulado en Panamá, Colombia y Centroamérica no aplica para completar o acumular al deducible correspondiente a otros países	

ENDOSO PREMIUM (OPCIONAL)	
• Triplica el límite estipulado en la Tabla de Beneficios para las coberturas de Niños Prematuros y Enfermedades Congénitas, Hereditarias y Adquiridas del Recién Nacido	
• Otorga un 25% adicional de los montos usuales, razonables y acostumbrados para todos los beneficios cubiertos	
• Elimina el requisito de condición médica del asegurado para atenciones electivas o programadas fuera de Panamá	
• Costo: 10% adicional a lo detallado en la Tabla de Primas Mensuales	