

**TABLA DE BENEFICIOS MÁXIMOS REEMBOLSABLES**

Límite Máximo Vitalicio por Asegurado	B/. 1,000,000.00
Cobertura	Local e Internacional
Red de Proveedores: - Local	Medired
- Internacional	BCBS – Red PPO
Deducible por Año Póliza por Asegurado	Alternativas:
	A - Sin Deducible Panamá, Centroamérica y Colombia B/.5,000.00 en USA y Otros Países
	B - B/.5,000.00 Panamá, Centroamérica y Colombia B/.10,000.00 en USA y Otros Países
	C - B/.10,000.00 Panamá, Centroamérica y Colombia B/.20,000.00 en USA y Otros Países

**ENFERMEDADES O CONDICIONES CUBIERTAS:**

**Límite Máximo Anual por Asegurado**

Enfermedades Neurológicas	B/.250,000.00
Cirugía Cardíaca y Angioplastia	B/.250,000.00
Cáncer	B/.300,000.00
Politraumatismo	B/.200,000.00
Insuficiencia Renal Crónica	B/.200,000.00
Quemaduras de Tercer Grado	B/.400,000.00
Trasplantes de Órganos	
- Corazón	B/.350,000.00
- Corazón y Pulmón	B/.450,000.00
- Pulmón	B/.350,000.00
- Páncreas	B/.350,000.00
- Páncreas y Riñón	B/.450,000.00
- Riñón	B/.350,000.00
- Hígado	B/.350,000.00
- Médula Ósea	B/.350,000.00
Enfermedades Congénitas, Hereditarias o Adquirida	Límite Máximo Vitalicio por Asegurado B/. 30,000.00

**BENEFICIOS CUBIERTOS:** Son aquellos listados a continuación, los cuales se cubrirán conforme a los límites y condiciones estipuladas para cada beneficio y según lo descrito en la sección de las enfermedades o condiciones cubiertas de esta tabla, hasta el Límite Anual o Vitalicio establecido para cada una por Asegurado, con excepción de los beneficios de pasaje aéreo, hospedaje de un acompañante, gastos de repatriación y gastos funerarios, cuyos límites aplicarán de forma adicional a los establecidos para la enfermedad o condición cubierta, siempre y cuando, todos los gastos cubiertos no sobrepasen el Límite Máximo Vitalicio por Asegurado de la Póliza, quedando sujetos a todas las condiciones, exclusiones y limitaciones establecidas en el contrato Póliza.

**RECLUSIÓN EN EL HOSPITAL – Requiere Pre-Autorización**

a. Cuarto y Alimentación Diario: Habitación Privada en Panamá, Centroamérica y Colombia y Semi-Privada en otros Países	100% Después del Deducible
b. Cuidados Intensivos	
c. Servicios Hospitalarios (Cargos Misceláneos) Exámenes costos mayores a B/.200.00 Requiere Pre-Autorización	
d. Cirugía (Honorarios Médicos) Cirujano Asistente – Requiere Pre-Autorización	
e. Anestesiólogo (Honorarios Médicos) Anestesiólogo Asistente – Requiere Pre-Autorización	

**RECLUSIÓN EN EL HOSPITAL – Requiere Pre-Autorización**

<p>f. Visitas Intrahospitalarias (Honorarios Médicos)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Médico Tratante - Una (1) visita al día     Más de una Requiere Pre-Autorización</li> <li>• Médico Adicional - Requiere Pre-Autorización</li> </ul>	<p>100% Después del Deducible</p>
--	-----------------------------------

**SERVICIOS AMBULATORIOS**

<p>Consulta Externa con Médico General y Especialista</p>	<p>Reembolso 100% Después del Deducible</p>
<p>Rayos X y Laboratorios - Exámenes cuyo costo en conjunto sea mayor de B/.100.00 Requiere Pre-Autorización</p>	<p>Reembolso 100% Después del Deducible</p>
<p>Exámenes Especiales – Requiere Pre-Autorización</p>	<p>Reembolso 100% Después del Deducible</p>
<p>Medicamentos Recetados</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Innovador o Comercial</li> <li>• Bioequivalente o Genérico</li> </ul>	<p>Reembolso 100% Después del Deducible Reembolso 100% Después del Deducible</p>
<p>Terapias Físicas y de Rehabilitación Máximo de Sesiones al Año En exceso del máximo de Sesiones – Requiere Pre-Autorización</p>	<p>Reembolso 100% Después del Deducible Veinte (20) sesiones</p>
<p>Quimioterapias, Radioterapias y Hemodiálisis Sesiones Ambulatorias – Requieren Pre-Autorización</p>	<p>100% Después del Deducible</p>
<p>Tratamiento Dirigido, inmunoterapia, monoclonales y hormonoterapia Aplica solo bajo enfermedad cubierta de Cáncer Requiere Pre-Autorización</p>	<p>100% Después del Deducible Límite Máximo Anual B/.100,000.00</p>
<p>Equipo Médico Durable Requiere Pre-Autorización</p>	<p>Reembolso 100% Después del Deducible Límite Máximo Vitalicio B/.2,500.00</p>
<p>Exoprótesis u Ortesis: Brazos, manos, piernas y pies artificiales. Requiere Pre-Autorización</p>	<p>100% Después del Deducible Límite Máximo Anual B/.25,000.00 Límite Máximo Vitalicio B/.50,000.00</p>

**CUARTO DE URGENCIA**

<p>Accidente y Enfermedades cubiertas</p>	<p>100% No aplica Deducible</p>
---	---------------------------------

**CIRUGÍA AMBULATORIA – Requiere Pre-Autorización**

<p>a. Realizadas en el Hospital, Clínica o Centro de Cirugía Ambulatoria (Cargos Misceláneos y Honorarios Médicos)</p>	<p>100% Después del Deducible</p>
<p>b. Realizada en el Consultorio Médico (Cargos Misceláneos y Honorarios Médicos)</p>	<p>100% Después del Deducible</p>

**TRASTORNOS MENTALES Y NERVIOSOS (PSIQUIÁTRICOS)**

<p>Tratamientos de Psiquiatría del Asegurado afectado por enfermedades o condiciones cubiertas</p>	<p>Reembolso 100% Después del Deducible Límite Máximo Anual B/.1,000.00 Límite Máximo Vitalicio B/.25,000.00</p>
--	--

**SERVICIOS PRIVADOS DE ENFERMERÍA**

<p>Por enfermedad o condición médica cubierta Requiere Pre-Autorización</p>	<p>Reembolso 100% Después del Deducible Hasta 30 sesiones con máximo de 8 horas por sesión</p>
---	--

#### AMBULANCIA

Local:	Terrestre	100% Después del Deducible
	Aérea - Requiere Pre-Autorización	100% Después del Deducible
		Máximo por Evento B/.1,500.00
Internacional:	Terrestre o Aérea - Requiere Pre-Autorización	100% Después del Deducible
		Máximo por Evento B/.30,000.00

#### PASAJE AÉREO

Asegurado y un Acompañante	Reembolso 100% Después del Deducible
Sólo aplica por hospitalización del Asegurado, por condición médica cubierta y en país cubierto por la Póliza - Requiere Pre-Autorización	Pasaje aéreo de ida y vuelta Clase Económica

#### HOSPEDAJE DE UN ACOMPAÑANTE

Sólo aplica por días de hospitalización del Asegurado, por condición médica cubierta y en país cubierto por la Póliza	Reembolso 100% Después del Deducible
Requiere Pre-Autorización	B/.120.00 diarios Máximo 90 días

#### GASTOS DE REPATRIACIÓN

En caso que un Asegurado fallezca fuera de la República de Panamá, por condición médica cubierta y en país cubierto por la Póliza	Reembolso 100% Después del Deducible hasta B/.10,000.00
---	--

#### GASTOS FUNERARIOS

En caso que un Asegurado fallezca por condición médica cubierta y en país cubierto por la Póliza	Reembolso 100% Después de Deducible hasta B/.5,000.00
--	--

#### SERVICIOS FUERA DE LA RED DE PROVEEDORES EN PANAMÁ

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

#### ATENCIÓNES MÉDICAS 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.
- Requiere utilización de proveedores dentro de la Red del Sistema Blue Cross and Blue Shield (PPO).

#### • **Deducibles:**

- Panamá, Centroamérica y Colombia (PCC): Aplica el monto de deducible detallado en esta tabla, para los estudios analizados y/o gastos médicos incurridos y cubiertos dentro del territorio de la República de Panamá, Colombia y de cualquier país de Centroamérica, ya sean por Urgencia Médica por accidente o enfermedad, o por casos Electivos y Programados.
- USA y Otros Países: Aplican los montos de deducible detallados en esta tabla, para los estudios analizados y/o gastos médicos incurridos y cubiertos en cualquier país del mundo con excepción de Panamá, Colombia y Centroamérica (PCC), para Urgencia Médica por Accidente y Enfermedad o Tratamientos Electivos o Programados
- El monto de deducible acumulado en Panamá, Colombia y Centroamérica (PCC), no aplica para completar o acumular el monto de deducible correspondiente a USA y otros países.

• **Beneficios Cubiertos:**

- Aplica solo a Enfermedades o Condiciones Cubiertas
- Gastos por Servicios Ambulatorios aplican contra reembolso.
- Aplican los demás beneficios con base a las condiciones y límites descritos en esta tabla, según los escenarios detallados a continuación:

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pre-Autorización y Aprobación por parte de la compañía con Proveedores de la Red BCBS</li> <li>• No Pre-Autorización, ni Aprobación por parte de la compañía. Excepción de casos de Emergencias, según lo indicado en Condiciones Generales</li> <li>• Pre-Autorización y Aprobación por parte de la compañía con Proveedores Fuera de Red BCBS</li> <li>• Pre-Autorización y No Aprobación por parte de la compañía, según condición médica – Tratamientos Electivos o Programados</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sujeto al deducible que aplique y beneficios según Tabla de Beneficios</li> <li>• No Aplica Cobertura</li> <li>• Sujeto al deducible que aplique y beneficios reembolsables al 50%</li> <li>• Sujeto al deducible de Panamá, Centroamérica y Colombia y beneficios reembolsables al 50% de los cargos pactados con proveedores en Panamá</li> </ul>
---	--



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