



**BlueCross
BlueShield**
Panama

COMPARATIVO
DE PLANES
MEDIRED
ANUAL RENOVABLE



**Internacional
de Seguros**

Respalda la calidad y el servicio
del seguro de salud.

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

Regulado y Supervisado por SSRP.





Beneficios Máximos Reembolsables	INFINITY	ELITE INFINITY
Máximo Anual Renovable Cobertura Red de Proveedores Hospitales Ciudad de Panamá Interior y Colón Otros Proveedores Fuera de Panamá	\$300,000 Panamá, Centroamérica y Colombia Medired Todos los de la Red Todos los de la Red Todos los de la Red BCBS - Red PPO	\$500,000 Panamá e Internacional Medired Todos los de la Red Todos los de la Red Todos los de la Red BCBS - Red PPO
Deducible por Año Póliza por Asegurado: Panamá, Centroamérica y Colombia Otros Países Urgencias Casos Electivos o Programados	\$300.00 No Aplica No Aplica	\$300.00 \$1,000.00 \$5,000.00
Stop Loss Panamá, Centroamérica y Colombia Otros Países	\$5,000.00 No Aplica	\$5,000.00 \$10,000.00
Reclusión en el Hospital Cuarto y Alimentación Diario - Privada PCC y Semi Privado Otros Países Cuidado Intensivo o Semi Intensivo Diario Servicios Hospitalarios (Cargos Misceláneos) Cirugía (Honorarios Médicos) Anestesia (Honorarios Médicos) Visitas Intrahospitalarias (Honorarios Médicos) Médico Tratante (1 visita al día, más de 1 requiere pre-autorización) Médico Adicional (Requiere Pre-autorización)	CO PAGO POR EVENTO San Fernando y Santa Fe \$250.00 Pacífica Salud \$300.00 Hosp. Nacional y Paitilla \$400.00 The Panama Clinic \$500.00 Interior y Colón \$200.00 Máximo 10 días. A partir del 10mo primer día se cubrirá al 80% (coaseguro 20%)	CO PAGO POR EVENTO San Fernando y Santa Fe \$250.00 Pacífica Salud \$300.00 Hosp. Nacional y Paitilla \$400.00 The Panama Clinic \$500.00 Interior y Colón \$200.00 Máximo 10 días. A partir del 10mo primer día se cubrirá al 80% (coaseguro 20%)
Servicios Ambulatorios Consulta Externa en Clínica Satélite - Médico General Consulta Externa en Clínica Satélite - Médico Especialista Consulta Externa con Médico General - Red de Proveedores Consulta Externa con Médico Especialista - Red de Proveedores Consulta Externa con Médico Sub Especialista - Red de Proveedores	Sin Co-pago Co Pago \$10.00 Co Pago \$12.00 Co Pago \$20.00 Co Pago \$25.00	Sin Co-pago Co Pago \$10.00 Co Pago \$12.00 Co Pago \$20.00 Co Pago \$25.00

Beneficios Máximos Reembolsables

Servicios Ambulatorios

Rayos X y Laboratorios
Exámenes Especiales
Pruebas o Estudios Diagnósticos
Procedimientos Especiales
Medicamentos Recetados
 Innovador o Comercial
 Bioequivalente o Genérico
Terapias Físicas y de Rehabilitación
 En exceso sujeto a aprobación

Acupuntura (Requiere Pre-autorización)

Quiropráctica (Requiere Pre-autorización)

Inhaloterapias o Nebulizaciones
Quimioterapias, Radioterapias y Hemodiálisis
Tratamiento Dirigido, Inmunoterapia, Monoclonales y hormonoterapia

Equipo Médico Durable - (Requiere Pre-autorización)

Cuarto de Urgencias

Accidente
Enfermedad - Críticas Detalladas (*)
Enfermedad No Crítica Detallada

Cirugía Ambulatoria

Realizadas en el Hospital, Clínica o Centro de Cirugía Ambulatoria
(Cargos Misceláneos y Honorarios Médicos)

Hospital San Fernando, Santa Fé y Centros Ambulatorios
Pacífica Salud
Hospital Nacional y Paitilla
The Panama Clinic
Colón e Interior del País

En Consultorio Médico (Cargos Misceláneos y Honorarios Médicos)

Maternidad

Aplica para Aseguradas Principales y Cónyuges, solteras y casadas)

Período de Espera para iniciar el Embarazo
Máximo por Evento
Cobertura

Panamá, Centroamérica y Colombia
Otros Países

INFINITY

Co Pago 25%
Co Pago 30%
Co Pago 30%
Co Pago 30%

Reembolso del 80%, aplica deducible
Reembolso del 90%, aplica deducible
Co Pago \$10.00

Co Pago \$15.00
Máximo Anual 5 sesiones
Máximo Vitalicio 20 sesiones

Co Pago \$15.00
Máximo Anual 20 sesiones
Co Pago \$10.00
Co Pago 30%
Co Pago 30%
Máximo Anual \$60,000.00
No Cubierto

100% no aplica deducible
100% no aplica deducible
Co Pago \$75.00

Co Pago \$200.00
Co Pago \$250.00
Co Pago \$350.00
Co Pago \$450.00
Co Pago \$150.00
Co Pago 30%

12 meses para quedar embarazada
\$5,000.00

Según beneficio
No Aplica

ELITE INFINITY

Co Pago 25%
Co Pago 30%
Co Pago 30%
Co Pago 30%

Reembolso del 80%, aplica deducible
Reembolso del 90%, aplica deducible
Co Pago \$10.00

Co Pago \$15.00
Máximo Anual 5 sesiones
Máximo Vitalicio 20 sesiones

Co Pago \$15.00
Máximo Anual 20 sesiones
Co Pago \$10.00
Co Pago 30%
Co Pago 30%
Máximo Anual \$100,000.00
80% aplica deducible
Máximo Vitalicio \$2,500.00

100% no aplica deducible
100% no aplica deducible
Co Pago \$75.00

Co Pago \$200.00
Co Pago \$250.00
Co Pago \$350.00
Co Pago \$450.00
Co Pago \$150.00
Co Pago 30%

12 meses para quedar embarazada
\$7,500.00

Según beneficio
80% aplica deducible

Beneficios Máximos Reembolsables

Maternidad

Reclusión en el Hospital

Habitación

Anestesia (Epidural en Parto Normal)

Salpingectomía

Servicios Ambulatorios

Consulta Prenatales

Ultrasonidos Obstétricos

Monitoreos Fetales

Ultrasonidos 4D

Laboratorios

Medicamentos y Vitaminas

Recién Nacido Sano o con Condición Médica de no prematuridad

Niños nacidos bajo Póliza

Tamizaje Neonatal Ampliado

Circuncisión

Recién Nacido Prematuro - Niños Nacidos bajo la Póliza

Enfermedad Congénita, Hereditaria o Adquirida

Recién nacidos en póliza. Aplica desde el primer día de nacido

Medicina Preventiva

Niños Sanos

Consulta de Control

0 a 12 meses 8 visitas al año

13 a 24 meses 4 visitas al año

3 a 6 años (cumplidos) 2 visitas al año

Vacunas de Control - según tabla de beneficios

Vacunas del VPH para niños y niñas (3 aplicaciones)

Exámenes de Control Anual (Hemograma, Heces, Urinálisis, Glucosa)

Mujeres (No cubierto a hijas dependientes)

Cita de Control anual y Papanicolau

Mamografía anual a partir de los 35 años

Examen anual de control a partir de 45 años/Ver detalle en Tabla

Hombres

Antígeno Prostático anual a partir de los 35 años (PSA)

Examen anual de control a partir de 45 años/Ver detalle en Tabla

Sida

Trastornos Mentales y Nerviosos

Cobertura Dental

INFINITY

Suite

Incluída

No Cubierto

Co Pago \$20,00

Co Pago 25%

Co Pago 25%

No Cubierto

Co Pago 25%

Según beneficio

100% no aplica deducible

Máximo por Evento \$10,000.00

Máximo por Evento \$200.00

Durante el evento

100% no aplica deducible

Máximo por evento \$15,000.00

100% no aplica deducible

Máximo Vitalicio por niño \$30,000.00

Co Pago 50%

Co Pago 50%

Co Pago 50%

Co Pago 50%

Co Pago 50%

No cubierto

Co Pago 50%

Co Pago 50%

No cubierto

Co Pago 50%

No cubierto

100% no aplica deducible
Máximo Anual \$5,000.00
Máximo Vitalicio \$25,000.00

100% no aplica deducible
Máximo Anual \$5,000.00
Máximo Vitalicio \$25,000.00

100% no aplica deducible
Máximo Anual \$250.00

ELITE INFINITY

Suite

Incluída

Máximo por Evento \$1,000.00

Co Pago \$20,00

Co Pago 25%

Co Pago 25%

Co Pago 25% / Máximo 2

Co Pago 25%

Según beneficio

100% no aplica deducible

Máximo por Evento \$10,000.00

Máximo por Evento \$200.00

Durante el evento

100% no aplica deducible

Máximo por evento \$20,000.00

100% no aplica deducible

Máximo Vitalicio por niño \$30,000.00

Co Pago 50%

Co Pago 50%

Co Pago 50%

Co Pago 50%

Co Pago 50%

Co Pago 50%

Co Pago 50%

Co Pago 50%

100% no aplica deducible
Máximo Anual \$100.00

Co Pago 50%

100% no aplica deducible
Máximo Anual \$100.00

100% no aplica deducible
Máximo Anual \$5,000.00
Máximo Vitalicio \$25,000.00

100% no aplica deducible
Máximo Anual \$5,000.00
Máximo Vitalicio \$25,000.00

100% no aplica deducible
Máximo Anual \$500.00

Beneficios Máximos Reembolsables

Transplante de Órganos y Tejidos
Período de Espera

Servicios Privados de Enfermería

Servicio de Ambulancia

Terrestre Panamá
Ambulancia Privada para Emergencias

Aérea Panamá
Terrestre o Aérea Internacional

Pasaje Aéreo / Aplica al Asegurado Principal

Solo por hospitalización de un asegurado y según necesidad médica

Gastos de Repatriación

En caso que un Asegurado fallezca fuera de la República de Panamá

Beneficios Adicionales / Asegurado Principal y Dependientes

Cobertura de Nutricionista

Cobertura Óptica - Compra de Anteojos Recetados

Alergías

Exoneración de Pago de Primas

Para los dependientes asegurados, en caso de fallecimiento del Principal por condición médica cubierta

Servicios Fuera de la Red de Proveedores

Aplica para todos los beneficios detallados en esta tabla

Urgencias Médicas Fuera de Panamá

Cobertura Fuera de Panamá

INFINITY

80% sin aplicar deducible
12 meses desde la inclusión
Máximo Vitalicio \$150,000.00
100% no aplica deducible
Maximo Vitalicio 30 turnos de 8 horas c/u

Máximo por Evento \$300.00
100% Afiliación Incluida
Máximo por Evento \$2,500.00
No cubierto

No Cubierto

No Cubierto

100% no aplica deducible
No Cubierto
No Cubierto
Máximo Anual \$250.00

100% de la prima
Período Máximo: Tres (3) meses
Reembolso del 60% sobre los costos pactados con Proveedores en Panamá
Fuera de Panamá, CA y Colombia
60% sobre los costos pactados en Panamá
Según Tabla de Beneficios

ELITE INFINITY

80% no aplica deducible
6 meses desde la inclusión
Máximo Vitalicio \$250,000.00
100% no aplica deducible
Maximo Vitalicio 30 turnos de 8 horas c/u

Máximo por Evento \$300.00
100% Afiliación Incluida
Máximo por Evento \$2,500.00
80% no aplica deducible
Máximo por Evento \$10,000.00

100% no aplica deducible
Pasaje Ida y Vuelta / Clase Económica

100% no aplica deducible
Máximo por Evento \$5,000.00

100% no aplica deducible
Máximo Anual \$200.00
Máximo Anual \$100.00
Máximo Anual \$500.00

100% de la prima
Período Máximo: Tres (3) meses
Reembolso del 60% sobre los costos pactados con Proveedores en Panamá
Bajo la cobertura internacional
Según Tabla de Beneficios

Primas Mensuales

18 a 25 años
26 a 29 años
30 a 34 años
35 a 39 años
40 a 44 años
45 a 49 años
50 a 54 años
55 a 59 años
60 a 64 años
65 a 69 años
70 a 74 años
75 a 79 años
80 años o más
Hijos
1 Hijo
2 Hijos
3 Hijos
4 Hijos
5 Hijos
Hijo Adicional

INFINITY

\$ 72.10
\$ 81.40
\$ 93.00
\$ 107.20
\$ 114.40
\$ 151.90
\$ 174.00
\$ 212.60
\$ 266.40
\$ 349.10
\$ 458.30
\$ 550.10
\$ 605.00
\$ 66.10
\$ 129.00
\$ 191.70
\$ 254.50
\$ 317.30
\$ 62.80

ELITE INFINITY

\$ 87.20
\$ 98.20
\$ 112.70
\$ 127.30
\$ 136.80
\$ 166.10
\$ 199.20
\$ 232.60
\$ 284.00
\$ 379.30
\$ 485.10
\$ 576.10
\$ 640.30
\$ 79.10
\$ 154.20
\$ 229.20
\$ 304.20
\$ 379.40
\$ 75.10

Primas no incluyen impuesto

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

Sensible

Con el respaldo de



Suscrito y administrado por Cía. 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.

