




COMPARATIVO DE PLANES MEDIRED VITALICIOS



**Internacional
de Seguros**

Respalda la calidad y el servicio
del seguro de salud.

Suscrito y Administrado por Cía. Internacional de Seguros, S.A. Licenciatario 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	MEDIRED 100	SELECTO	INTEGRAL	MEDIRED	ELITE
<p>Máximo Vitalicio por Asegurado</p> <p>Cobertura</p> <p>Red de Proveedores</p> <p>Hospitales</p> <p>Ciudad de Panamá</p> <p>Interior y Colón</p> <p>Otros Proveedores</p> <p>Fuera de Panamá</p>	<p>\$100,000</p> <p>Panamá</p> <p>Medired</p> <p>San Fernando</p> <p>Santa Fe</p> <p>Pacífica Salud</p> <p>Todos los de la Red</p> <p>Todos los de la Red</p> <p>No aplica</p>	<p>\$150,000</p> <p>Panamá</p> <p>Medired</p> <p>San Fernando</p> <p>Santa Fe</p> <p>Pacífica Salud</p> <p>Todos los de la Red</p> <p>Todos los de la Red</p> <p>No aplica</p>	<p>\$200,000</p> <p>Panamá</p> <p>Medired</p> <p>San Fernando</p> <p>Santa Fe</p> <p>Pacífica Salud</p> <p>Todos los de la Red</p> <p>Todos los de la Red</p> <p>No aplica</p>	<p>\$300,000</p> <p>Panamá</p> <p>Medired</p> <p>Todos los de la Red</p> <p>Todos los de la Red</p> <p>No aplica</p>	<p>\$500,000</p> <p>Panamá e Internacional</p> <p>Medired</p> <p>Todos los de la Red</p> <p>Todos los de la Red</p> <p>BCBS - Red PPO</p>
<p>Deducible por Año Póliza por Asegurado</p> <p>Panamá, Centroamérica y Colombia</p> <p>Otros Países</p> <p>Urgencias</p> <p>Casos Electivos o Programados</p>	<p>No aplica</p> <p>No aplica</p> <p>No aplica</p>	<p>No aplica</p> <p>No aplica</p> <p>No aplica</p>	<p>\$250.00 Panamá</p> <p>No aplica</p> <p>No aplica</p>	<p>\$300.00 Panamá</p> <p>No aplica</p> <p>No aplica</p>	<p>\$300.00</p> <p>\$1,000.00</p> <p>\$7,000.00</p>
<p>Stop Loss</p> <p>Panamá, Centroamérica y Colombia</p> <p>Otros Países</p>	<p>\$4,000 Panamá</p> <p>No Aplica</p>	<p>\$4,000 Panamá</p> <p>No Aplica</p>	<p>\$4,000 Panamá</p> <p>No Aplica</p>	<p>\$4,000 Panamá</p> <p>No Aplica</p>	<p>\$10,000</p> <p>Aplica el mismo de PCC</p>
<p>Reclusión en el Hospital</p> <p>Cuarto y Alimentación Diario</p> <p>Cuidado Intensivo o Semi Intensivo Diario</p> <p>Servicios Hospitalarios (Cargos Misceláneos)</p> <p>Cirugía (Honorarios Médicos)</p> <p>Anestesia (Honorarios Médicos)</p> <p>Visitas Intrahospitalarias (Honorarios Médicos)</p> <p>Médico Tratante (1 visita al día, más de 1 requiere pre-autorización)</p> <p>Médico Adicional (Requiere Pre-autorización)</p>	<p>San Fernando y Santa Fe \$150.00</p> <p>Pacífica Salud \$200.00</p> <p>Interior y Colón \$100.00</p> <p>Máximo 10 días. A partir del 10mo primer día se cubrirá al 80% (coaseguro 20%) con excepción de Gastos Médicos Mayores los cuales se cubrirán al 80%, desde el primer día.</p>	<p>San Fernando y Santa Fe \$150.00</p> <p>Pacífica Salud \$200.00</p> <p>Interior y Colón \$100.00</p> <p>Máximo 10 días. A partir del 10mo primer día se cubrirá al 80% (coaseguro 20%) con excepción de Gastos Médicos Mayores los cuales se cubrirán al 80%, desde el primer día.</p>	<p>San Fernando y Santa Fe \$150.00</p> <p>Pacífica Salud \$200.00</p> <p>Interior y Colón \$100.00</p> <p>Máximo 10 días. A partir del 10mo primer día se cubrirá al 80% (coaseguro 20%) con excepción de Gastos Médicos Mayores los cuales se cubrirán al 80%, desde el primer día.</p>	<p>San Fernando y Santa Fe \$150.00</p> <p>Pacífica Salud \$200.00</p> <p>Hosp. Nacional y Paitilla \$250.00</p> <p>The Panama Clinic \$300.00</p> <p>Interior y Colón \$100.00</p> <p>Máximo 10 días. A partir del 10mo primer día se cubrirá al 80% (coaseguro 20%) con excepción de Gastos Médicos Mayores los cuales se cubrirán al 80%, desde el primer día.</p>	<p>San Fernando y Santa Fe \$150.00</p> <p>Pacífica Salud \$200.00</p> <p>Hosp. Nacional y Paitilla \$250.00</p> <p>The Panama Clinic \$300.00</p> <p>Interior y Colón \$100.00</p> <p>Máximo 10 días. A partir del 10mo primer día se cubrirá al 80% (coaseguro 20%) con excepción de Gastos Médicos Mayores los cuales se cubrirán al 80%, desde el primer día.</p>
<p>Servicios Ambulatorios</p> <p>Consulta Externa en Clínica Satélite - Médico General</p> <p>Consulta Externa en Clínica Satélite - Médico Especialista</p> <p>Consulta Externa con Médico General - Red de Proveedores</p> <p>Consulta Externa con Médico Especialista - Red de Proveedores</p> <p>Consulta Externa con Médico Sub Especialista - Red de Proveedores</p> <p>Rayos X y Laboratorios</p> <p>Exámenes Especiales</p> <p>Pruebas o Estudios Diagnósticos</p> <p>Procedimientos Especiales</p> <p>Medicamentos Recetados</p> <p>Innovador o Comercial</p> <p>Bioequivalente o Genérico</p>	<p>Sin Co-pago</p> <p>Co Pago \$10.00</p> <p>Co Pago \$12.00</p> <p>Co Pago \$20.00</p> <p>Co Pago \$25.00</p> <p>Co Pago 35%</p> <p>No cubierto</p> <p>No cubierto</p> <p>No cubierto</p> <p>No cubierto</p> <p>Máximo Anual \$2,500.00</p> <p>50% sin deducible</p> <p>60% sin deducible</p>	<p>Sin Co-pago</p> <p>Co Pago \$10.00</p> <p>No cubierto</p> <p>No cubierto</p> <p>No cubierto</p> <p>No cubierto</p> <p>No cubierto</p> <p>No cubierto</p> <p>No cubierto</p> <p>No cubierto</p>	<p>Sin Co-pago</p> <p>Co Pago \$10.00</p> <p>Co Pago \$12.00</p> <p>Co Pago \$20.00</p> <p>Co Pago \$25.00</p> <p>Co Pago 25%</p> <p>Co Pago 35%</p> <p>Co Pago 35%</p> <p>Máximo Anual \$5,000.00</p> <p>60% despues del deducible</p> <p>70% despues del deducible</p>	<p>Sin Co-pago</p> <p>Co Pago \$10.00</p> <p>Co Pago \$12.00</p> <p>Co Pago \$20.00</p> <p>Co Pago \$25.00</p> <p>Co Pago 25%</p> <p>Co Pago 30%</p> <p>Co Pago 30%</p> <p>Máximo Anual \$10,000.00</p> <p>Reembolso del 80%, aplica deducible</p> <p>Reembolso del 90%, aplica deducible</p>	<p>Sin Co-pago</p> <p>Co Pago \$10.00</p> <p>Co Pago \$12.00</p> <p>Co Pago \$20.00</p> <p>Co Pago \$25.00</p> <p>Co Pago 25%</p> <p>Co Pago 30%</p> <p>Co Pago 30%</p> <p>Máximo Anual \$15,000.00</p> <p>Reembolso del 80%, aplica deducible</p> <p>Reembolso del 90%, aplica deducible</p>

Beneficios Máximos Reembolsables	MEDIRED 100	SELECTO	INTEGRAL	MEDIRED	ELITE
Servicios Ambulatorios 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 / Ambulatorias Tratamiento Dirigido, Inmunoterapia, Monoclonales y hormonoterapia Equipo Médico Durable - (Requiere Pre-autorización)	Co Pago \$10.00 Máximo Anual 10 Sesiones No cubierto No cubierto No cubierto Co Pago \$10.00 Máximo Anual 10 No cubierto No cubierto No cubierto	No cubierto No cubierto No cubierto No cubierto Co Pago 35% Co Pago 35% Máximo Vitalicio \$30,000.00 No cubierto	Co Pago \$10.00 Máximo Anual 15 Sesiones No cubierto No cubierto Co Pago \$10.00 Co Pago 35% Co Pago 35% Máximo Vitalicio \$40,000.00 No cubierto	Co Pago \$10.00 Máximo Anual 15 Sesiones 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 Vitalicio \$60,000.00 No cubierto	Co Pago \$10.00 Máximo Anual 15 Sesiones 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 Vitalicio \$100,000.00 80% aplica deducible Máximo Vitalicio \$2,500.00
Cuarto de Urgencias Accidente Enfermedad - Críticas Detalladas (*) Enfermedad No Crítica Detallada	100% sin deducible 100% sin deducible Co Pago \$75.00 Máximo por evento \$300.00	100% sin deducible 100% sin deducible Co Pago \$75.00 Máximo por evento \$300.00	100% sin deducible 100% sin deducible Co Pago \$75.00 Máximo por evento \$300.00	100% sin deducible 100% sin deducible Co Pago \$75.00 Máximo por evento \$300.00	100% sin deducible 100% sin deducible Co Pago \$75.00 Máximo por evento \$300.00
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)	Co Pago \$200.00 Co Pago \$300.00 No cubierto No cubierto Co Pago \$150.00 Co Pago 35% Con excepción de Gastos Médicos Mayores los cuales se cubrirán al 80%, desde el primer día	Co Pago \$200.00 Co Pago \$300.00 No cubierto No cubierto Co Pago \$150.00 Co Pago 30% Con excepción de Gastos Médicos Mayores los cuales se cubrirán al 80%, desde el primer día	Co Pago \$200.00 Co Pago \$300.00 No cubierto No cubierto Co Pago \$150.00 Co Pago 30% Con excepción de Gastos Médicos Mayores los cuales se cubrirán al 80%, desde el primer día	Co Pago \$200.00 Co Pago \$300.00 Co Pago \$350.00 Co Pago \$450.00 Co Pago \$150.00 Co Pago 30% Con excepción de Gastos Médicos Mayores los cuales se cubrirán al 80%, desde el primer día	Co Pago \$200.00 Co Pago \$300.00 Co Pago \$350.00 Co Pago \$450.00 Co Pago \$150.00 Co Pago 30% Con excepción de Gastos Médicos Mayores los cuales se cubrirán al 80%, desde el primer día
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 Reclusión en el Hospital Servicios Ambulatorios Consulta Prenatales Ultrasonidos Obstétricos Monitoreos Fetales Laboratorios Medicamentos y Vitaminas	No cubierto No cubierto No cubierto No cubierto No cubierto No cubierto No cubierto	18 meses \$2,500.00 Según Beneficio / Panamá No cubierto Co Pago según se detalla No cubierto No cubierto No cubierto No cubierto No cubierto	18 meses \$3,000.00 Según Beneficio / Panamá No cubierto Co Pago según se detalla Co Pago \$20,00 / Máximo 8 Co Pago 25% / Máximo 3 No cubierto Co Pago 30% Según beneficio	12 meses \$3,500.00 Según Beneficio / Panamá No cubierto Co Pago según se detalla Co Pago \$20,00 / Máximo 8 Co Pago 25% / Máximo 3 No cubierto Co Pago 25% Según beneficio	12 meses \$5,000.00 Según beneficio 80% aplica deducible Co Pago según se detalla Co Pago \$20,00 / Máximo 8 Co Pago 25% / Máximo 3 Co Pago 25% / Máximo 2 Co Pago 25% Según beneficio

Beneficios Máximos Reembolsables	MEDIRED 100	SELECTO	INTEGRAL	MEDIRED	ELITE
Recién Nacido Sano o con Condición Médica de no prematuridad	No cubierto	Incluido bajo el máximo por evento de maternidad	Incluido bajo el máximo por evento de maternidad	100% sin deducible Máximo por evento B/. 5,000.00	100% sin deducible Máximo por evento \$5,000.00
Recién Nacido Prematuro	No cubierto	No cubierto	100% sin deducible Máximo por evento \$5,000.00	100% sin deducible Máximo por evento B/. 10,000.00	100% sin deducible Máximo por evento \$15,000.00
Enf. Congénita, Hereditaria o Adquirida	No cubierto	No cubierto	100% sin deducible Máximo por evento \$15,000.00	100% sin deducible Máximo por evento B/.30,000.00	100% sin deducible Máximo por evento \$15,000.00
Medicina Preventiva					
Niños Sanos					
Consulta de Control					
0 a 12 meses 8 visitas al año	No cubierto	No cubierto	No cubierto	Co Pago 50%	Co Pago 50%
13 a 24 meses 4 visitas al año	No cubierto	No cubierto	No cubierto	Co Pago 50%	Co Pago 50%
3 a 6 años (cumplidos) 2 visitas al año	No cubierto	No cubierto	No cubierto	Co Pago 50%	Co Pago 50%
Vacunas de Control - según tabla de beneficios	No cubierto	No cubierto	No cubierto	Co Pago 50%	Co Pago 50%
Vacunas del VPH para niños y niñas (3 aplicaciones)	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	Co Pago 50%
Exámenes de Control Anual (Hemograma, Heces, Urinálisis, Glucosa)	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	Co Pago 50%
Mujeres (No cubierto a hijas dependientes)					
Cita de Control anual y Papanicolau	No cubierto	No cubierto	No cubierto	Co Pago 50%	Co Pago 50%
Mamografía anual a partir de los 35 años	No cubierto	No cubierto	No cubierto	Co Pago 50%	Co Pago 50%
Hombres					
Antígeno Prostático anual a partir de los 35 años (PSA)	No cubierto	No cubierto	No cubierto	Co Pago 50%	Co Pago 50%
Sida	No cubierto	No cubierto	100% no aplica deducible Máximo Anual \$5,000.00 Máximo Vitalicio \$15,000.00	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
Trastornos Mentales y Nerviosos	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	80% después del deducible Máximo Anual \$1,000.00 Máximo Vitalicio \$25,000.00
Cobertura Dental	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	80% después del deducible Máximo \$5,000.00
Transplante de Órganos y Tejidos	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	80% sin aplicar deducible Máximo Vitalicio \$250,000.00 6 meses desde la inclusión
Período de Espera	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	100% sin deducible Maximo Vitalicio 30 turnos de 8 horas c/u
Servicios Privados de Enfermería	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	100% sin deducible Maximo Vitalicio 30 turnos de 8 horas c/u
Servicio de Ambulancia					
Terrestre Panamá	Máximo por Evento \$100.00	Máximo por Evento \$100.00	Máximo por Evento \$100.00	Máximo por Evento \$100.00	Máximo por Evento \$100.00
*Ambulancia Privada para Emergencias	100% Afiliación Incluida	100% Afiliación Incluida	100% Afiliación Incluida	100% Afiliación Incluida	100% Afiliación Incluida
Aérea Panamá	No cubierto	No cubierto	No cubierto	Máximo por Evento \$1,000.00	Máximo por Evento \$1,000.00
Terrestre o Aérea Internacional	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	80% no aplica deducible Máximo por Evento \$10,000.00
Ingreso o Renta Diaria por Hospitalización					
Accidente o Enfermedad cubiertas por la Póliza	100% sin deducible	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto
Aplica en Hospitales Privados o Públicos. A partir del 2do día de hospital	Máximo Diario \$10.00	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto
	Máximo Anual \$15.00	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto

Beneficios Máximos Reembolsables	MEDIRED 100	SELECTO	INTEGRAL	MEDIRED	ELITE
<p>Urgencias Médicas Fuera de Panamá</p> <hr/> <p>Cobertura Fuera de Panamá</p> <hr/> <p>Gastos de Repatriación En caso que un Asegurado fallezca fuera de la República de Panamá</p> <hr/> <p>Servicios Fuera de la Red de Proveedores Aplica para todos los beneficios detallados en esta tabla</p> <hr/> <p>Gasto Médico Mayor Enfermedades Neurológicas y Neuroquirúrgicas Enfermedades Cardiovasculares y del Corazón Cáncer y afecciones Hemato-Oncológicas Trauma Mayor Politraumatismo, Cirugías Ortopédicas Mayores y Artroscopicas Enfermedades Renales incluyendo la Insuficiencia Renal Crónica</p>	<p>No cubierto</p> <hr/> <p>No cubierto</p> <hr/> <p>No cubierto</p> <hr/> <p>Reembolso del 60% sobre los costos pactados con Proveedores en Panamá</p> <hr/> <p>80% sin deducible desde el primer día</p>	<p>No cubierto</p> <hr/> <p>No cubierto</p> <hr/> <p>No cubierto</p> <hr/> <p>Reembolso del 60% sobre los costos pactados con Proveedores en Panamá</p> <hr/> <p>80% sin deducible desde el primer día</p>	<p>No cubierto</p> <hr/> <p>No cubierto</p> <hr/> <p>No cubierto</p> <hr/> <p>Reembolso del 60% sobre los costos pactados con Proveedores en Panamá</p> <hr/> <p>80% sin deducible desde el primer día</p>	<p>Reembolso del 60% sobre los costos pactados con Proveedores en Panamá</p> <hr/> <p>No cubierto</p> <hr/> <p>No cubierto</p> <hr/> <p>Reembolso del 60% sobre los costos pactados con Proveedores en Panamá</p> <hr/> <p>80% sin deducible desde el primer día</p>	<p>Incluido / Ver Tabla de Beneficios</p> <hr/> <p>Incluido / Ver Tabla de Beneficios</p> <hr/> <p>100% sin deducible Máximo por Evento \$5,000.00</p> <hr/> <p>Reembolso del 60% sobre los costos pactados con Proveedores en Panamá</p> <hr/> <p>80% sin deducible desde el primer día</p>
Primas Mensuales	MEDIRED 100	SELECTO	INTEGRAL	MEDIRED	ELITE
<p>18 a 25 años</p> <hr/> <p>26 a 29 años</p> <hr/> <p>30 a 34 años</p> <hr/> <p>35 a 39 años</p> <hr/> <p>40 a 44 años</p> <hr/> <p>45 a 49 años</p> <hr/> <p>50 a 54 años</p> <hr/> <p>55 a 59 años</p> <hr/> <p>60 a 64 años</p> <hr/> <p>65 a 69 años</p> <hr/> <p>70 a 74 años</p> <hr/> <p>75 a 79 años</p> <hr/> <p>80 años o más</p> <hr/> <p>Hijos</p> <p>1 Hijo</p> <hr/> <p>2 Hijos</p> <hr/> <p>3 Hijos</p> <hr/> <p>4 Hijos</p> <hr/> <p>5 Hijos</p> <hr/> <p>Hijo Adicional</p>	<p>\$ 40.20</p> <hr/> <p>\$ 44.70</p> <hr/> <p>\$ 51.20</p> <hr/> <p>\$ 62.60</p> <hr/> <p>\$ 74.70</p> <hr/> <p>\$ 93.40</p> <hr/> <p>\$ 111.20</p> <hr/> <p>\$ 126.60</p> <hr/> <p>\$ 161.70</p> <hr/> <p>\$ 204.60</p> <hr/> <p>\$ 273.90</p> <hr/> <p>\$ 328.80</p> <hr/> <p>\$ 361.70</p> <hr/> <p>Cada hijo \$32.90</p> <hr/> <p>\$ 44.80</p> <hr/> <p>\$ 82.70</p> <hr/> <p>\$ 123.70</p> <hr/> <p>\$ 163.90</p> <hr/> <p>\$ 204.80</p> <hr/> <p>\$ 40.20</p>	<p>\$ 49.30</p> <hr/> <p>\$ 55.00</p> <hr/> <p>\$ 63.70</p> <hr/> <p>\$ 71.30</p> <hr/> <p>\$ 76.30</p> <hr/> <p>\$ 91.40</p> <hr/> <p>\$ 108.90</p> <hr/> <p>\$ 123.70</p> <hr/> <p>\$ 155.10</p> <hr/> <p>\$ 196.20</p> <hr/> <p>\$ 264.80</p> <hr/> <p>\$ 321.70</p> <hr/> <p>\$ 356.60</p> <hr/> <p>\$ 44.80</p> <hr/> <p>\$ 82.70</p> <hr/> <p>\$ 123.70</p> <hr/> <p>\$ 163.90</p> <hr/> <p>\$ 204.80</p> <hr/> <p>\$ 40.20</p>	<p>\$ 55.90</p> <hr/> <p>\$ 62.50</p> <hr/> <p>\$ 72.30</p> <hr/> <p>\$ 81.50</p> <hr/> <p>\$ 87.00</p> <hr/> <p>\$ 105.00</p> <hr/> <p>\$ 125.00</p> <hr/> <p>\$ 143.00</p> <hr/> <p>\$ 179.80</p> <hr/> <p>\$ 227.20</p> <hr/> <p>\$ 307.10</p> <hr/> <p>\$ 368.70</p> <hr/> <p>\$ 405.30</p> <hr/> <p>\$ 46.10</p> <hr/> <p>\$ 85.80</p> <hr/> <p>\$ 128.50</p> <hr/> <p>\$ 170.70</p> <hr/> <p>\$ 212.90</p> <hr/> <p>\$ 41.90</p>	<p>\$ 69.30</p> <hr/> <p>\$ 77.50</p> <hr/> <p>\$ 90.40</p> <hr/> <p>\$ 101.20</p> <hr/> <p>\$ 111.10</p> <hr/> <p>\$ 139.30</p> <hr/> <p>\$ 165.60</p> <hr/> <p>\$ 194.90</p> <hr/> <p>\$ 253.80</p> <hr/> <p>\$ 323.20</p> <hr/> <p>\$ 436.50</p> <hr/> <p>\$ 523.80</p> <hr/> <p>\$ 576.30</p> <hr/> <p>\$ 62.90</p> <hr/> <p>\$ 122.80</p> <hr/> <p>\$ 182.60</p> <hr/> <p>\$ 242.30</p> <hr/> <p>\$ 302.10</p> <hr/> <p>\$ 59.80</p>	<p>\$ 83.70</p> <hr/> <p>\$ 93.50</p> <hr/> <p>\$ 108.20</p> <hr/> <p>\$ 121.30</p> <hr/> <p>\$ 130.30</p> <hr/> <p>\$ 156.50</p> <hr/> <p>\$ 187.80</p> <hr/> <p>\$ 213.30</p> <hr/> <p>\$ 268.00</p> <hr/> <p>\$ 338.50</p> <hr/> <p>\$ 457.40</p> <hr/> <p>\$ 548.90</p> <hr/> <p>\$ 609.90</p> <hr/> <p>\$ 75.20</p> <hr/> <p>\$ 140.60</p> <hr/> <p>\$ 210.30</p> <hr/> <p>\$ 279.60</p> <hr/> <p>\$ 348.90</p> <hr/> <p>\$ 68.60</p>

Primas no incluyen impuesto
Esta información se debe tomar solo como ilustración, para los términos y condiciones contractuales referirse al contrato póliza.

Sensible