

TABLA DE BENEFICIOS MÁXIMOS REEMBOLSABLES

MÁXIMO ANUAL RENOVABLE POR ASEGURADO	B/.500,000.00
Cobertura	Panamá e Internacional
Red de Proveedores:	
<ul style="list-style-type: none"> Hospitales: <ul style="list-style-type: none"> 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: 	MEDIRED
	MEDIRED BCBS – Red PPO
Deducible por Año Póliza por Asegurado:	B/.300.00
<ul style="list-style-type: none"> Panamá, Centroamérica y Colombia (PCC) Otros Países - Urgencias - Electivos y/o Programados 	B/.1,000.00 B/.5,000.00
Stop Loss por Año Póliza por Asegurado:	B/.5,000.00
<ul style="list-style-type: none"> Panamá, Colombia y Centroamérica Otros Países 	B/.10,000.00

RECLUSIÓN EN EL HOSPITAL - Requiere Pre-Autorización

a. Habitación Privada en Panamá, Centroamérica y Colombia Habitación Semi-Privada en Otros Países	COPAGO POR EVENTO San Fernando y Santa Fe: B/.250.00 Pacífica Salud: B/.300.00 Hospital Nacional y Paitilla: B/.400.00 The Panamá Clinic: B/.500.00 Hospitales Interior y Colón: B/.200.00 Máximo diez (10) días A partir del décimo primer día (11) se cubrirá al 80% (Coaseguro 20%)
b. Cuidados Intensivos o Semi-Intensivos Diario	
c. Servicios Hospitalarios (Cargos Misceláneos). Exámenes mayores a B/.200.00 - Requiere Pre-Autorización	
d. Cirugía: Honorarios Médicos Cirujano Asistente – Requiere Pre-Autorización	
e. Anestesia: Honorarios Médicos - Requiere Pre-Autorización	
f. Visitas Intrahospitalarias: Honorarios Médicos <ul style="list-style-type: none"> Médico Tratante – Una (1) visita al día. – En exceso Requiere Pre-Autorización Médico Especialista – Requiere Pre-Autorización 	

SERVICIOS AMBULATORIOS

Consulta en Clínicas Satélites – Médico General	Sin Copago
Consulta en Clínicas Satélites – Médico Especialista	Copago: B/.10.00
Consulta Externa - Médico General	Copago: B/.12.00
Consulta Externa - Médico Especialista	Copago: B/.20.00
Consulta Externa - Médico Sub Especialista	Copago: B/.25.00
Rayos X y Laboratorios – Requiere Pre-Autorización (Exámenes cuyo costo en conjunto sea mayor de B/.100.00)	Copago: 25%
Exámenes Especiales – Requiere Pre-Autorización	Copago: 30%
Pruebas o Estudios Diagnósticos – Requiere Pre-Autorización	Copago: 30%
Procedimientos Especiales– Requiere Pre-Autorización	Copago: 30%
Medicamentos Recetados: <ul style="list-style-type: none"> Innovador o Comercial Bioequivalente o Genérico 	80% después del deducible 90% después del deducible
Terapias Físicas y de Rehabilitación – Requiere Pre-Autorización	Copago por Sesión: B/.10.00
Acupuntura	Copago por Sesión: B/.15.00 Máximo Anual: Cinco (5) Sesiones Máximo Vitalicio: Veinte (20) Sesiones
Quiropráctica	Copago por Sesión: B/.15.00 Máximo Anual: Veinte (20) Sesiones

TABLA DE BENEFICIOS MÁXIMOS REEMBOLSABLES

Inhaloterapias o Nebulizaciones	Copago por Sesión: B/.10.00
Hemodiálisis, Quimioterapias y Radioterapias Requiere Pre-Autorización	Copago: 30%
Tratamiento Dirigido, inmunoterapia, monoclonales y hormonoterapia Requiere Pre-Autorización	Copago: 30% Máximo Anual: B/.100,000.00
Equipo Médico Durable – Requiere Pre-Autorización	80% después del deducible Máximo Vitalicio: B/.2,500.00

CUARTO DE URGENCIAS

a. Por Accidente	100% no aplica deducible
b. Por Enfermedad Crítica Detallada (*)	100% no aplica deducible
c. Por Enfermedad No Crítico Detallada	Copago: B/.75.00

CIRUGÍA AMBULATORIA – Requiere Pre-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: Todos los de la Red <ul style="list-style-type: none"> ○ San Fernando, Santa Fe y Centros Ambulatorios ○ Pacífica Salud ○ Hospital Nacional y Paitilla ○ The Panama Clinic • Interior y Colón: Todos los de la Red <p>b. Realizada en el Consultorio Médico (Cargos Misceláneos y Honorarios Médicos)</p>	<p>COPAGO POR EVENTO</p> <p>Copago: B/.200.00 Copago: B/.250.00 Copago: B/.350.00 Copago: B/.450.00 Copago: B/.150.00</p> <p>Copago: 30%</p>
--	---

MATERNIDAD - Aplica para Aseguradas Principales o Cónyuges, Solteras o casadas

Período de Espera:	12 meses para quedar embarazada, se cubrirá si el embarazo inicia a partir del primer día del 13vo mes
Cobertura: <ul style="list-style-type: none"> • Panamá, Colombia y Centroamérica • Otros Países 	Máximo por Evento: B/.7,500.00 Aplica Copago según beneficio 80% después de deducible
Reclusión en Hospital: Requiere Pre-Autorización Incluye: <ul style="list-style-type: none"> ○ Habitación Tipo Suite ○ Anestesia (Epidural) en Parto Normal ○ Salpingectomía 	Copago según se detalle en Reclusión en el Hospital Máximo por Evento: B/.1,000.00 Durante el Evento
Servicios Ambulatorios: <ul style="list-style-type: none"> ○ Consultas Pre-Natales ○ Ultrasonidos Obstétricos y Monitoreo Fetales ○ Ultrasonidos 4D: Requiere Pre-Autorización ○ Laboratorios – Requiere Pre-Autorización Exámenes cuyo costo en conjunto sea mayor de B/.100.00 ○ Medicamentos y Vitaminas 	Copago: B/.20.00 Copago: 25% Copago: 25% Máximo por Evento: Dos (2) Copago: 25%
a. Recién Nacidos Sano o con Condición Médica de no Prematuridad: Niños nacidos bajo póliza <ul style="list-style-type: none"> • Tamizaje Neonatal Ampliado 	80% o 90% después de deducible, según se detalla en Medicamento Recetado 100% no aplica deducible Máximo por Evento: B/.10,000.00 Máximo por Evento: B./200.00



TABLA DE BENEFICIOS MÁXIMOS REEMBOLSABLES

• Circuncisión – Requiere Pre-Autorización	Durante el Evento
b. Recién Nacidos Prematuros – Niños nacidos bajo la póliza	100% no aplica deducible Máximo por Evento: B/.20,000.00

ENFERMEDAD CONGENITA, HEREDITARIA O ADQUIRIDA

Gastos Médicos cubiertos por servicio y/o procedimientos detallados en esta tabla, como: Reclusión en Hospital, Cuarto de Urgencia, Servicios Ambulatorios, Cirugías Ambulatorias y Trasplantes.	
a. Del Recién Nacido en Póliza Aplica desde el primer día de nacido.	100% no aplica deducible Máximo Vitalicio Cada Niño: B/.30,000.00

MEDICINA PREVENTIVA – Solo aplica en Panamá

NIÑO SANO:	
- Consulta de Control:	Copago: 50%
o 0 a 12 meses 8 visitas al año	
o 13 a 24 meses 4 visitas al año	
o 3 a 6 años (cumplidos) 2 visitas al año	
- Vacunas de Control: BCG (Tuberculosis), DPT (Difteria, Tosferina, Tétano), MMR o SPR (Sarampión, Rubéola, Paperas), Polio Poliomieltitis), Hepatitis A, Hepatitis B, Hibtiter (Meningitis), Varicela, Pentavalente (Difteria, Tétano, Tosferina, Meningitis por Haemophilus Tipo B y Hepatitis B), Rotavirus y Neumococo.	Copago: 50%
- Vacuna contra el VPH para niños y niñas (3 aplicaciones)	Copago: 50%
- Exámenes de Control Anual: Hemograma, heces, urinálisis y glucosa	Copago: 50%
MUJERES: No aplica a hijas dependientes	
- Cita de Control Anual	Copago: 50%
- Papanicolau	Copago: 50%
- Mamografía Anual a partir de los 35 años	Copago: 50%
- Examen Anual de Control (A partir de 45 años) Hemograma, Urinálisis, Perfil Lipídico, Nitrógeno de Urea, Rayos X del Tórax, EKG y Examen Físico, Glicemia	100% no aplica deducible Máximo Anual: B/.100.00
HOMBRES:	
- Antígeno Prostático Anual a partir de los 35 años	Copago: 50%
- Examen Anual de Control (A partir de 45 años) Hemograma, Urinálisis, Perfil Lipídico, Nitrógeno de Urea, Rayos X del Tórax, EKG y Examen Físico, Glicemia	100% no aplica deducible Máximo Anual: B/.100.00

SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA)

Gastos Médicos cubiertos por servicio y/o procedimientos detallados en esta tabla, como: Reclusión en Hospital, Cuarto de Urgencia y Servicios Ambulatorios.	100% no aplica deducible Máximo Anual: B/.5,000.00 Máximo Vitalicio: B/.25,000.00
--	---

TABLA DE BENEFICIOS MÁXIMOS REEMBOLSABLES

TRASTORNOS MENTALES Y NERVIOSOS - Tratamientos Psiquiátricos

Gastos Médicos cubiertos por servicio y/o procedimientos detallados en esta tabla, como: Reclusión en Hospital, Cuarto de Urgencia y Servicios Ambulatorios.	100% no aplica deducible Máximo Anual: B/.5,000.00 Máximo Vitalicio: B/.25,000.00
--	---

DENTAL

Gastos Médicos cubiertos por servicio y/o procedimientos detallados en esta tabla, como: Reclusión en Hospital, Cuarto de Urgencia, Servicios Ambulatorios y Cirugías Ambulatorias. No aplica para tratamientos y/o procedimientos con fines de control, mantenimiento o estéticos.	100% no aplica deducible Máximo Anual: B/.500.00
---	---

TRANSPLANTE DE ÓRGANOS Y TEJIDOS – Requiere Pre-Autorización

Período de Espera	Seis (6) meses para cubrir gastos, a partir de la fecha de inclusión del Asegurado
Cubre los procedimientos quirúrgicos por trasplante de órganos o tejidos en el cuerpo de un Asegurado que provengan de un donante fallecido o vivo. Incluye los gastos del donante.	80% no aplica deducible Máximo Vitalicio: B/.250,000.00

SERVICIOS DE ENFERMERA PRIVADA – Requiere Pre-Autorización

Enfermeros graduados debidamente licenciados y registrados	100% no aplica del deducible Máximo Vitalicio: 30 turnos Ocho (8) horas c/u
--	---

SERVICIO DE AMBULANCIA

<ul style="list-style-type: none"> Terrestre Panamá *Ambulancia Privada para Emergencias Aérea Panamá – Requiere Pre-Autorización Terrestre o Aérea Internacional – Requiere Pre-Autorización 	Máximo por Evento: B/.300.00 100% Afiliación incluida en Panamá Máximo por Evento: B/.2,500.00 80% no aplica deducible Máximo por Evento: B/.10,000.00
--	--

PASAJE AÉREO – Requiere Pre-Autorización

Aplica al Asegurado Principal Solo por Hospitalización de un Asegurado y según necesidad médica	100% no aplica deducible Pasaje aéreo de ida y vuelta Clase Económica
--	---

GASTOS DE REPATRIACIÓN

En caso de que un Asegurado fallezca fuera de la República de Panamá	100% no aplica deducible Máximo por Evento: B/.5,000.00
--	--

BENEFICIOS ADICIONALES – Aplica al Asegurado Principal y Dependientes

<ul style="list-style-type: none"> Cobertura Óptica – Compra de Anteojos Recetados Cobertura de Nutricionista Alergias 	100% no aplica deducible Máximo Anual: B/.100.00 Máximo Anual: B/.200.00 Máximo Anual: B/.500.00
---	---

TABLA DE BENEFICIOS MÁXIMOS REEMBOLSABLES

EXONERACIÓN DEL PAGO DE PRIMAS

Para los dependientes asegurados, en caso de fallecimiento del Asegurado Principal, por condición cubierta por la póliza	100% de la prima Periodo Máximo: Tres (3) meses
--	--

SERVICIOS FUERA DE LA RED DE PROVEEDORES

Aplica para todos los beneficios detallados en esta tabla e incurridos en la República de Panamá	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 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.
- Otros Países: Aplican los montos de deducible detallados en esta tabla, para los gastos médicos incurridos y cubiertos en cualquier país del mundo con excepción de Panamá, Colombia y Centroamérica, para Urgencia Médica por Accidente y Enfermedad o Tratamientos Electivos o Programados.
- El monto de deducible acumulado en Panamá, Colombia y Centroamérica, no aplica para completar o acumular el monto de deducible correspondiente a otros países.

• Beneficios Cubiertos:

- No aplica al Beneficio de Medicina Preventiva.
- Gastos por Servicios Ambulatorios aplican contra reembolso.
- Aplican los demás beneficios con base a las condiciones y límites descritos en esta tabla al 80% después del deducible que aplique, con excepción del Cuarto de Urgencia por Accidente o Enfermedad Crítica Detalladas el cual será cubierto contra reembolso al 100% sin estar sujeto al deducible, según los escenarios detallados a continuación:

<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"> • Beneficio cubierto al 80% y aplica monto de deducible, según indicado en el punto anterior. • Beneficio cubierto pero reducido a reembolso del 50% y aplica monto de deducible, según indicado en el punto anterior. • Beneficio cubierto pero reducido a reembolso del 60% y aplica monto de deducible, según indicado en el punto anterior • Beneficio cubierto pero reducido a reembolso del 50% de los cargos URA de Panamá y aplica monto de deducible de Panamá, Centroamérica y Colombia (PCC).
--	---

TABLA DE BENEFICIOS MÁXIMOS REEMBOLSABLES

PARTICIPACION MAXIMA DEL ASEGURADO (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%.

<p>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.</p>	<p>Por Año Póliza Panamá, Centroamérica y Colombia: B/.5,000.00 Otros Países: B/.10,000.00</p>
--	--

(*) **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.



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



**Internacional
de Seguros**

Respalda la calidad y el servicio
del seguro de salud.

MEDIREDELITE INFINITY – 04/16- Rev. 06/22
C.G. MEDIREDELITE – 07/99- Rev. 06/22