

TABLA DE BENEFICIOS MÁXIMOS REEMBOLSABLES

MÁXIMO ANUAL RENOVABLE POR ASEGURADO	B/. 300,000.00
Cobertura:	Panamá, Centroamérica y Colombia
Red de Proveedores:	MEDIRED
<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 BCB S – Red PPO
Deducible por Año Póliza por Asegurado:	B/.300.00
<ul style="list-style-type: none"> Panamá, Centroamérica y Colombia (PCC) 	
Stop Loss por Año Póliza por Asegurado:	B/.5,000.00
<ul style="list-style-type: none"> Panamá, Centroamérica y Colombia 	

RECLUSIÓN EN EL HOSPITAL - Requiere Pre- Autorización

	CO PAGO POR EVENTO
a. Habitación Privada en Panamá, Centroamérica y Colombia	
b. Cuidados Intensivos o Semi-Intensivo Diario	
c. Servicios Hospitalarios (Cargos Misceláneos). Exámenes mayores a B/.200.00 - Requiere Pre-Autorización	San Fernando y Santa Fe: B/.250.00 Pacífica Salud: B/.300.00
d. Cirugía: Honorarios Médicos Cirujano Asistente – Requiere Pre-Autorización	Hospital Nacional y Paitilla: B/.400.00 The Panamá Clinic: B/.500.00
e. Anestesia: Honorarios Médicos	Hospitales Interior y Colón: B/.200.00
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 	Máximo diez (10) días A partir del décimo primer día (11) se cubrirá al 80% (Coaseguro 20%)

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%
Prueba 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 <ul style="list-style-type: none"> Máximo por Año Póliza Máximo Vitalicio 	Copago por Sesión: B/.15.00 Máximo Anual: Cinco (5) Sesiones Máximo Vitalicio: Veinte (20) Sesiones
Quiropráctica <ul style="list-style-type: none"> Máximo por Año Póliza 	Copago por Sesión: B/.15.00 Máximo Anual: Veinte (20) Sesiones
Inhaloterapias o Nebulizaciones	Copago por Sesión: B/.10.00

TABLA DE BENEFICIOS MÁXIMOS REEMBOLSABLES

Hemodiálisis, Quimioterapias y Radioterapias Sesiones Ambulatorias – Requiere Pre-Autorización	Copago: 30%
Tratamiento Dirigido, inmunoterapia, monoclonales y hormonoterapia Requiere Pre-Autorización	Copago: 30% Máximo Anual: B/.60,000.00

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

	COPAGO POR EVENTO
a. Realizadas en el Hospital, Clínica o Centro de Cirugía Ambulatoria (Cargos Misceláneos y Honorarios Médicos) <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 	Copago: B/.200.00 Copago: B/.250.00 Copago: B/.350.00 Copago: B/.450.00 Copago: B/.150.00
b. Realizada en el Consultorio Médico (Cargos Misceláneos y Honorarios Médicos)	Copago: 30%

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 Cubre gastos pre-natales y de alumbramiento	Máximo por Evento: B/.5,000.00 Aplica Copago según beneficio cubierto
Reclusión en Hospital: Requiere Pre-Autorización Incluye: <ul style="list-style-type: none"> Habitación Tipo Suite Anestesia (Epidural) en Parto Normal Servicios Ambulatorios: <ul style="list-style-type: none"> Consultas Pre-Natales Ultrasonidos Obstétricos y Monitoreo Fetales Laboratorios – Requiere Pre-Autorización Exámenes cuyo costo en conjunto sea mayor de B/.100.00 Medicamentosos y Vitaminas 	Copago según se detalle en Reclusión en el Hospital Copago: B/.20.00 Copago: 25% Copago: 25% 80% o 90% después de deducible, según se detalla en Medicamento Recetado
a. Recién Nacidos Sano o con Condición Médica de no Prematuridad: Niños nacidos bajo póliza <ul style="list-style-type: none"> Tamizaje Neonatal Ampliado Circuncisión – Requiere Pre-Autorización 	100% no aplica deducible Máximo por Evento: B/.10,000.00 Máximo por Evento: B./200.00 Durante el Evento
b. Recién Nacidos Prematuros – Niños nacidos bajo la póliza	100% no aplica deducible Máximo por Evento: B/.15,000.00



TABLA DE BENEFICIOS MÁXIMOS REEMBOLSABLES

ENFERMEDAD CÒNGENITA, 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

NIÑO SANO: - 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: 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. - Vacuna contra el VPH para niños y niñas (3 aplicaciones)	Copago: 50% Copago: 50% Copago: 50%
MUJERES: No aplica a hijas dependientes. - Cita de Control Anual - Papanicolau - Mamografía Anual a partir de los 35 años	Copago: 50% Copago: 50% Copago: 50%
HOMBRES: - Antígeno Prostático Anual a partir de los 35 años	Copago: 50%

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
--	---

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/.250.00
---	---

TABLA DE BENEFICIOS MÁXIMOS REEMBOLSABLES

TRANSPLANTE DE ÓRGANOS Y TEJIDOS – Requiere Pre-Autorización

Período de Espera	Doce (12) 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/.150,000.00

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 	Máximo por Evento: B/.300.00 100% Afiliación incluida en Panamá Máximo por Evento: B/.2,500.00
---	--

BENEFICIOS ADICIONALES – Aplica al Asegurado Principal y Dependientes

<ul style="list-style-type: none"> Alergias 	100% no aplica deducible Máximo Anual: B/.250.00
--	---

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
--	---

URGENCIAS MÉDICAS FUERA DE PANAMÀ, CENTROAMERICA Y COLOMBIA

Aplica para todos los beneficios detallados en esta tabla, según se especifica y hasta los límites indicados	Reembolso del 60% sobre los costos pactados con los proveedores en Panamá
--	---

ATENCIÓN MÉDICA FUERA DE PANAMÀ: Aplica solo para Centroamérica y Colombia.

- o Sujeto a Previa Autorización y Aprobación por parte de la Compañía.
- o Aplica condición médica del Asegurado en los casos electivos o programados.
- o Requiere utilización de proveedores dentro de la Red del Sistema Blue Cross and Blue Shield (PPO).

TABLA DE BENEFICIOS MÁXIMOS REEMBOLSABLES

• **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.

• **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).
--	---

PARTICIPACIÓN MÁXIMA 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 style="text-align: right;">Por Año Póliza Panamá, Centroamérica y Colombia B/.5,000.00</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.

MEDIRED INFINITY - 11/07- Rev. 06/22
C.G. MEDIRED - 07/99- Rev. 06/22