

TABLA DE BENEFICIOS MÁXIMOS REEMBOLSABLES

MÁXIMO VITALICIO POR ASEGURADO	B/. 300,000.00
Cobertura:	Panamá
Red de Proveedores:	
<ul style="list-style-type: none"> • Hospitales MEDIRED Ciudad de Panamá: Todos los de la Red Interior y Colón: Todos los de la Red • Otros Proveedores: Todos los de la Red MEDIRED 	
Deducible por Año Póliza por Asegurado:	B/.300.00
Stop Loss por Año Póliza por Asegurado:	B/.4,000.00

RECLUSIÓN EN EL HOSPITAL - Requiere Pre- Autorización

	COPAGO POR DIA
a. Habitación Privada en Panamá	San Fernando y Santa Fe: B/.150.00
b. Cuidados Intensivos o Semi-Intensivo Diario	Pacífica Salud: B/.200.00
c. Servicios Hospitalarios (Cargos Misceláneos). Exámenes mayores a B/.200.00 - Requiere Pre-Autorización	Hospital Nacional y Paitilla: B/.250.00
d. Cirugía: Honorarios Médicos Cirujano Asistente – Requiere Pre-Autorización	The Panamá Clinic: B/.300.00
e. Anestesia: Honorarios Médicos - Requiere Pre-Autorización	Hospitales Interior y Colón: B/.100.00
f. Visitas Intrahospitalarias: Honorarios Médicos	Máximo diez (10) días
<ul style="list-style-type: none"> • Médico Tratante – Una (1) visita al día. – En exceso Requiere Pre-Autorización • Médico Especialista – Requiere Pre-Autorización 	A partir del décimo primer día (11) se cubrirá al 80% (Coaseguro 20%), con excepción de los Gastos Médicos Mayores (*) los cuales se cubrirán al 80% sin aplicar deducible, desde el primer día

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 Máximo Anual: B/.10,000.00
Terapias Físicas y de Rehabilitación – Requiere Pre-Autorización En exceso del límite anual, sujeto a aprobación	Copago por Sesión: B/.10.00 Máximo Anual: Quince (15) Sesiones
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
Inhaloterapias o Nebulizaciones	Copago por Sesión: B/.10.00

TABLA DE BENEFICIOS MÁXIMOS REEMBOLSABLES

Hemodiálisis, Quimioterapias y Radioterapias Requiere Pre-Autorización	Copago: 30%
Tratamiento Dirigido, inmunoterapia, monoclonales y hormonoterapia Requiere Pre-Autorización	Copago: 30% Máximo Vitalicio: 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 Máximo por Evento: \$300.00

CIRUGÍA AMBULATORIA – Previa 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>COPAGO POR EVENTO</p> <p>Copago: B/.200.00 Copago: B/.300.00 Copago: B/.350.00 Copago: B/.450.00 Copago: B/.150.00</p> <p>Con excepción de los Gastos Médicos Mayores (*) los cuales se cubrirán al 80%, sin aplicar deducible</p>
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	Máximo por Evento: B/.3,500.00
Reclusión en Hospital: Requiere Pre-Autorización	Copago según se detalle en Reclusión en el Hospital
Servicios Ambulatorios:	
○ Consultas Pre-Natales	Copago: B/.20.00 Máximo por Evento: Ocho (8)
○ Ultrasonidos Obstétricos	Copago: 25% Máximo por Evento: Tres (3)
○ Laboratorios – Requiere Pre-Autorización Exámenes cuyo costo en conjunto sea mayor de B/.100.00	Copago: 25%
○ Medicamentos y Vitaminas	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	100% no aplica deducible Máximo por Evento: B/.5,000.00
b. Recién Nacidos Prematuros – Niños nacidos bajo la póliza	100% no aplica deducible Máximo por Evento: B/.10,000.00

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 y Cirugías Ambulatorias.	
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 Poliomielitis, Hepatitis A, Hepatitis B, Hibtiter (Meningitis), Varicela, Pentavalente (Difteria, Tétano, Tosferina, Meningitis por Haemophilus Tipo B y Hepatitis B), Rotavirus y Neumococo.	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
--	---

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/.100.00 100% Afiliación incluida en Panamá Máximo por Evento: B/.1,000.00
---	--

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
--	---

TABLA DE BENEFICIOS MÁXIMOS REEMBOLSABLES

URGENCIAS MÉDICAS FUERA DE PANAMA

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 nuestros Proveedores de Red en Panamá.
--	--

PARTICIPACION MÁXIMA DEL ASEGURADIO (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%.

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.	Por Año Póliza B/. 4,000.00
---	-----------------------------

- (*) **Gasto Médico Mayor:** Enfermedades Neurológicas y Neuroquirúrgicas incluyendo accidentes Cerebrovasculares, Enfermedades Cardiovasculares y del Corazón, Cáncer y afecciones Hemato -Oncológicas, Trauma Mayor (Politraumatismos), Cirugías Ortopédicas Mayores y Artroscópicas, Enfermedades Renales incluyendo la Insuficiencia Renal Crónica.
- (**) **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.