

## REQUISITOS MÉDICOS

Exámenes por edad	PANAMEÑOS		EXTRANJEROS		
	40 a 45	46 a 62	18 a 30	31 a 49	50 a 62
Hemograma Completo	•	•	•	•	•
Urinálisis	•	•	•	•	•
Perfil Lipídico	•	•	•	•	•
Glicemia en Ayuna	•	•	•	•	•
PSA en Sangre (hombres)	•	•	•	•	•
Prueba de Nicotina	•	•	•	•	•
Exámen Físico	•	•	•	•	•
EKG	•	•	•	Desde los 45 años	•
HB-HC-Hepatitis	•	•	•	•	•
Creatinina	•	•	•	•	•
Prueba de Esfuerzo	•	•	•	•	•

**NIÑOS:** Panameños: 0 a 3 años / Extranjeros: 0 a 10 años  
presentar Informe Pediátrico (Formulario de la compañía)

## CENTROS MÉDICOS AUTORIZADOS

	EXAMEN FÍSICO*	EKG	TELÉFONO
Dr. Rogelio Pérez V. - Centro Médico Nacional	•	•	398-2349
Dr. Manuel Pereira - Royal Center	•	•	223-8387
Dr. Jorge Paz Rodríguez - Wellmed Clinic	•	•	269-1795
Dra. Daymé Quintero - Hospital Punta Pacífica	•	•	204-8016
Dr. Ricardo Pareja R. - Consultorios América	•	•	229-4388 Ext. 6000
Clínicas Minimed	•	•	830-5800

\* Requiere Previa Cita

## LABORATORIOS AUTORIZADOS:

	TELÉFONO
Laboratorios Raly	264 - 4342
Laboratorios Fernández	269 - 4413
Laboratorios Serviloo - America Lab	229 - 1365
Laboratorios Minimed	263 - 6464

## PRUEBA DE ESFUERZO: (Requiere cita previa)

	TELÉFONO
Pacífica Salud	204 - 8312
Laboratorio Cardiovascular - San Fernando	229 - 0521

Línea de Atención **800-BCBS**  
**24 horas 265-7053**

### Nuestras Oficinas

Calle 50, Edificio Plaza Credicorp Bank, piso 17, local 1703

#### Recepción:

206-4200 / 206-4201

#### Servicio al Cliente:

206-4224 / 206-4225

#### Preautorizaciones:

206-4272 / 206-4252

#### Correo:

preautorizaciones@iseguros.com

#### CENTENNIAL PLAZA:

Teléfono: 830-6163 / 64

#### LOS PUEBLOS:

Teléfono: 217-8760

#### DAVID:

Teléfono: 777-7500

#### LA CHORRERA:

Teléfono: 253-3252

#### CHITRÉ:

Teléfono: 996-4656

#### COLÓN:

Teléfono: 441-1393

#### PENONOMÉ:

Teléfono: 991-4209

#### SANTIAGO:

Teléfono: 998-3950

www.bcbsspma.com

Consulte a su corredor de seguros o contáctenos



Esta información se debe tomar como ilustración, para los términos y condiciones contractuales, refiérase al Contrato de Póliza.  
Actualizado a marzo 2023.



# UN SEGURO A TU MEDIDA



## MEDIRED 100

Con el respaldo de



Escrito 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.

Blue Cross and Blue Shield of Panama, le permite beneficiarse con la cobertura médica de una Red de Proveedores Preferidos, donde podrá elegir entre los mejores especialistas y hospitales de Panamá.

Disfrutará también de un sistema de Co-Pagos, con el que solamente pagará una cuota mínima por sus consultas y exámenes médicos.

### BENEFICIOS

- Límite máximo vitalicio de B/. 100,000.00 por asegurado
- No se reduce el Límite Máximo Vitalicio a ninguna edad
- Sistema de Co-Pago
- Amplia Red de Proveedores
- No tiene edad de terminación

**Todas las ventajas convierten al PLAN MEDIRED 100 en uno de los más atractivos del mercado.**

**¡No lo piense más, afíliese y siéntase seguro en nuestras manos!**

### ¿QUIÉNES PUEDEN DISFRUTAR DE LOS BENEFICIOS?

Las personas entre 18 y 62 años.

Los hijos desde los 10 días de nacidos hasta los 18, extensión hasta los 23 por estudios universitarios.

Las personas con residencia permanente en la República de Panamá.

### BENEFICIOS MÁXIMO REEMBOLSABLES

<b>MÁXIMO VITALICIO POR ASEGURADO</b>	B/. 100,000.00
Cobertura	Panamá
Red de Proveedores	Medired
<b>DEDUCIBLE POR AÑO PÓLIZA POR ASEGURADO</b>	Sin Deducible
<b>STOP LOSS POR AÑO PÓLIZA POR ASEGURADO</b>	B/. 4,000.00

### RECLUSIÓN EN EL HOSPITAL - REQUIERE PRE-AUTORIZACIÓN

a) Habitación Privada en Panamá	<b>HOSPITALES EN PANAMÁ:</b> Co-Pago por día: San Fernando y Santa Fe B/. 150.00 Pacífica Salud B/. 200.00
b) Cuidados Intensivos	
c) Servicios Hospitalarios (Cargos Misceláneos): Exámenes con costos mayores de B/. 200.00 - Requiere Pre-Autorización	
d) Cirugía: Honorarios Médicos	<b>HOSPITALES EN INTERIOR Y COLÓN:</b> Co-Pago por día: B/. 100.00
e) Anestesia: Honorarios Médicos Requiere Pre-Autorización	
f) Visitas Intrahospitalarias: Honorarios Médicos	
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% (Co-Aseguro 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 Co-Pago
Consulta en Clínicas Satélites - Médico Especialista	Co-Pago de B/. 10.00
Consulta Externa - Médico General	Co-Pago de B/. 12.00
Consulta Externa - Médico Especialista	Co-Pago de B/. 20.00
Consulta Externa - Médico Sub Especialista	Co-Pago de B/. 25.00
Rayos X y Laboratorios - Requiere Pre-Autorización (Exámenes cuyo costo en conjunto sea mayor de B/. 100.00)	Co-Pago del 35%
Exámenes Especiales y Pruebas Diagnósticas	No Aplica
Prueba o Estudio Diagnóstico	No Aplica
Procedimientos Especiales	No Aplica
Medicamentos Recetados:	
• Innovador o Comercial	50% no aplica deducible
• Bioequivalente o Genérico	60% no aplica deducible
Máximo por Año Póliza	B/. 2,500.00
Terapias Físicas y de Rehabilitación Requiere Pre-Autorización	Co-Pago B/. 10.00 por sesión
• Máximo por Año Póliza En exceso del límite anual, sujeto a aprobación	Máximo (10) sesiones
Inhaloterapia	Co-Pago B/. 10.00 por sesión
• Máximo por Año Póliza	Diez (10) sesiones
Quimioterapias, Radioterapias y Hemodiálisis	No Aplica
Tratamiento Dirigido, inmunoterapia, monoclonales y hormonoterapia	No Aplica

### CUARTO DE URGENCIA

a) Por Accidente	100% no aplica deducible
b) Por Enfermedades Críticas Detalladas (Ver tabla de beneficios)	100% no aplica deducible
c) Por Enfermedades No Críticas Detalladas	Co-Pago de B/. 75.00 Máximo B/. 300.00 por evento

### CIRUGÍA AMBULATORIA - REQUIERE PRE-AUTORIZACIÓN

a) Realizadas en el Hospital, Clínica o Centro de Cirugía Ambulatoria (Cargos Misceláneos y Honorarios Médicos)	<b>Co-Pago por evento</b>
San Fernando, Santa Fe y Centros Ambulatorios	Co-Pago B/. 200.00
Pacífica Salud	Co-Pago B/. 300.00
Colón e Interior del País	Co-Pago B/. 150.00
	Con excepción de los Gastos Médicos Mayores(*) los cuales se cubrirán al 80%, sin aplicar deducible
b) Realizada en el Consultorio Médico (Cargos Misceláneos y Honorarios Médicos)	Co-Pago del 35%

### AMBULANCIA

Terrestre	B/. 100.00 al 100%
Ambulancia Privada para Emergencias	100% Afiliación Incluida en Panamá

### RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN

Accidente o Enfermedad cubiertas por la Póliza, aplica en Hospitales Privados o Públicos	
Máximo diario	B/. 10.00
Máximo por Año Póliza	15 días

### SERVICIOS FUERA DE LA RED DE PROVEEDORES

Aplica para todos los beneficios detallados en esta tabla	Reembolso del 60% sobre los costos pactados con los Proveedores en Panamá.
---	--

### PRIMAS MENSUALES

RANGO DE EDADES	ASEGURADO SOLO	
	No incluye 5%	Incluye 5%
18 a 25	B/. 40.20	B/. 42.21
26 a 29	B/. 44.70	B/. 46.94
30 a 34	B/. 51.20	B/. 53.76
35 a 39	B/. 62.60	B/. 65.73
40 a 44	B/. 74.70	B/. 78.44
45 a 49	B/. 93.40	B/. 98.07
50 a 54	B/. 111.20	B/. 116.76
55 a 59	B/. 126.60	B/. 132.93
60 a 62	B/. 161.70	B/. 169.79

### HIJOS

Cada hijo	B/. 32.90	B/. 34.55
-----------	-----------	-----------

Las primas correspondientes al asegurado principal y su cónyuge se calcularán sobre la edad alcanzada o edad actuarial al momento de la efectividad del seguro y en cada renovación de la póliza.

### FRECUENCIA Y FORMAS DE PAGO

Mensual	Tarjeta de Crédito o ACH
Trimestral	Tarjeta de Crédito, ACH o Efectivo
Semestral	
Anual	

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