

TABLA DE BENEFICIOS MÁXIMOS REEMBOLSABLES

MÁXIMO VITALICIO POR ASEGURADO	B/. 200,000.00
Cobertura:	Panamá
Red de Proveedores:	MEDIRED
<ul style="list-style-type: none"> Hospitales: Ciudad de Panamá: San Fernando, Santa Fe y Pacífica Salud Interior y Colón: Todos los de la Red Otros Proveedores: Todos los de la Red 	MEDIRED
Deducible por Año Póliza por Asegurado:	B/.250.00
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	
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/.150.00 Pacífica Salud: B/.200.00
d. Cirugía: Honorarios Médicos - Requiere Pre-Autorización	Hospitales Interior y Colón: B/.100.00
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 	Máximo diez (10) días 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: 35%
Prueba o Estudios Diagnósticos – Requiere Pre-Autorización	Copago: 35%
Procedimientos Especiales– Requiere Pre-Autorización	Copago: 35%
Medicamentos Recetados: <ul style="list-style-type: none"> Innovador o Comercial Bioequivalente o Genérico 	60% después del deducible 70% después del deducible Máximo Anual: B/.5,000.00
Terapias Físicas y de Rehabilitación – Requiere Pre-Autorización En exceso del límite anual, sujeto a aprobación	Copago por Sesión: B/.10.00 Quince (15) sesiones
Inhaloterapias o Nebulizaciones	Copago por Sesión: B/.10.00

TABLA DE BENEFICIOS MÁXIMOS REEMBOLSABLES

Hemodiálisis, Quimioterapias y Radioterapias Requiere Pre-Autorización	Copago: 35%
Tratamiento Dirigido, inmunoterapia, monoclonales y hormonoterapia - Requiere Pre-Autorización	Copago: 35% Máximo Vitalicio: B/.40,000.00

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

	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 • Interior y Colón: Todos los de la Red 	<p>Copago: B/.200.00 Copago: B/.300.00 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:	18 meses para quedar embarazada, se cubrirá si el embarazo inicia a partir del primer día del 18vo mes
Cobertura	Máximo por Evento: B/.3,000.00
Reclusión en Hospital: Requiere Pre-Autorización	Copago según se detalle en Reclusión en el Hospital
Servicios Ambulatorios: <ul style="list-style-type: none"> ○ Consultas Pre-Natales ○ Ultrasonidos Obstétricos ○ Laboratorios – Requiere Pre-Autorización Exámenes cuyo costo en conjunto sea mayor de B/.100.00 ○ Medicamentos y Vitaminas 	<p>Copago: B/.20.00 Máximo por Evento: Ocho (8) Copago: 30% Máximo por Evento: Tres (3) Copago: 30%</p> <p>60% o 70% después de deducible, según se detalla en Medicamento Recetado</p>
a. Recién Nacidos Sano o con Condición Médica de no Prematuridad: Niños nacidos bajo póliza	Incluido dentro del Máximo por Evento de Maternidad
b. Recién Nacidos Prematuros – Niños nacidos bajo la póliza	100% no aplica deducible Máximo por Evento: B/.5,000.00

ENFERMEDAD CONGÈNITA, HEREDITARIA O ADQUIRIDA

Gastos Médicos cubiertos por servicio y/o procedimientos detallados	
---	--

TABLA DE BENEFICIOS MÁXIMOS REEMBOLSABLES

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/.15,000.00

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/.15,000.00
--	---

SERVICIO DE AMBULANCIA

<ul style="list-style-type: none"> Terrestre Panamá *Ambulancia Privada para Emergencias 	Máximo por Evento: B/.100.00 100% Afiliación incluida en Panamá
--	--

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
--	---

PARTICIPACION 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%.

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.