

## TABLA DE BENEFICIOS MÁXIMOS REEMBOLSABLE

<b>Máximo Vitalicio por Asegurado</b>	<b>B/.1,000,000.00</b>
<b>Cobertura</b>	<b>Panamá e Internacional</b>
<b>Red de Proveedores: - Panamá</b>	<b>No Aplica</b>
<b>- Fuera de Panamá</b>	<b>BCBS – Red Tradicional</b>
<b>Deducible por Año Póliza por Asegurado:</b>	<b>Opción Seleccionada</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Panamá, Colombia y Centroamérica (PCC)</li> <li>○ Otros Países</li> </ul>	B/.1,000 / 1,500/ 2,000 / 4,000
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Urgencias</li> <li>▪ Electivo o Programado</li> </ul>	Monto igual a PCC
<b>Stop Loss por Año Póliza por Asegurado: - PCC</b>	<b>B/.4,000.00</b>
<b>- Otros Países</b>	<b>B/.8,000.00</b>
	Monto equivalente al doble de PCC, mínimo B/.5,000

### RECLUSIÓN EN EL HOSPITAL– Requiere Pre-Autorización

a. Habitación Privada en Panamá, Colombia y Centroamérica	90% después del deducible
Habitación Semi-Privada en Otros Países	
b. Cuidados Intensivos o Semi-intensivos	
c. Servicios Hospitalarios (Cargos Misceláneos). Exámenes mayores a B/.200.00 - Requiere Pre-Autorización	
d. Cirugía: Honorarios Médicos y Asistente Quirúrgico - Requiere Pre-Autorización	
e. Anestesia: Honorarios Médicos - Requiere Pre-Autorización	
f. Visitas Intrahospitalarias: Honorarios Médicos <ul style="list-style-type: none"> <li>• Médico Tratante – Una (1) visita al día. En exceso Requiere Pre-Autorización</li> <li>• Médico Especialista – Requiere Pre-Autorización</li> </ul>	

### SERVICIOS AMBULATORIOS

Consultas Externas	90% después del deducible
Rayos X y Laboratorios	90% después del deducible
Exámenes Especiales – Requiere Pre-Autorización	90% después del deducible
Pruebas o Estudios Diagnósticos – Requiere Pre-Autorización	90% después del deducible
Procedimientos Especiales– Requiere Pre-Autorización	90% después del deducible
Medicamentos Recetados	90% después del deducible
Acupuntura	90% después del deducible Máximo Anual: Cinco (5) sesiones Máximo Vitalicio: Veinte (20) sesiones
Quiropráctica	90% después del deducible Máximo Anual: Veinte (20) sesiones
Terapias Físicas y de Rehabilitación Exceso del Máximo Anual - Requiere Pre-Autorización	90% después del deducible Máximo Anual: Veinte (20) sesiones
Hemodiálisis, Quimioterapias y Radioterapias Requiere Pre-Autorización	90% después del deducible
Tratamiento Dirigido, Inmunoterapia, monoclonales y hormonoterapia Requiere Pre-Autorización	90% después del deducible Máximo Vitalicio: B/.100,000.00

### 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	80% no aplica deducible

## TABLA DE BENEFICIOS MÁXIMOS REEMBOLSABLE

### CIRUGÍA AMBULATORIA – Requiere Pre-Autorización

Honorarios Médicos y Cargos Misceláneos	
a. Realizada en Hospital, Clínica o Centro de Cirugía Ambulatoria	90% después del deducible
b. Realizada en Consultorio Médico	90% después del deducible

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

Período de Espera	Doce (12) meses para cubrir gastos, a partir de la fecha de inclusión de la Asegurada
Cobertura:	Como cualquier otra condición cubierta
<ul style="list-style-type: none"> <li>Panamá, Colombia y Centroamérica</li> <li>Otros Países</li> </ul>	Máximo por Evento: B/.5,000.00
Reclusión en Hospital: Requiere Pre-Autorización	90% después del deducible
Servicios Ambulatorios	90% después del deducible
<ul style="list-style-type: none"> <li>Laboratorios, Vitaminas y Medicamentos Pre-Natales</li> <li>Consultas Pre-Natales</li> <li>Ultrasonidos Obstétricos</li> <li>Monitoreos Fetales</li> </ul>	Máximo por Evento: Ocho (8) Máximo por Evento: Tres (3) Máximo por Evento: Dos (2)
<b>a. Recién Nacidos Sanos</b> – Niños nacidos bajo la póliza	90% no aplica deducible
<b>b. Recién Nacidos Prematuros</b> – Niños nacidos bajo la póliza	100% no aplica deducible Máximo por Evento: B/.30,000.00

### ENFERMEDAD CONGÉNITA, HEREDITARIA O ADQUIRIDA

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

### MEDICINA PREVENTIVA: Sólo aplica en Panamá

<p><b>Niños:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Consulta de Control, hasta los 6 años.</li> <li>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.</li> </ul> <p><b>Mujeres:</b> No aplica a hijas dependientes.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Consulta Anual Ginecológica y Papanicolau.</li> <li>Mamografía anual a partir de los 35 años.</li> <li>Examen Anual de control a partir de los 45 años: Hemograma, Glicemia, Perfil de Lípidos, Urinálisis, Placa de Tórax, EKG y Examen Físico General.</li> </ul>	<p>50% no aplica deducible</p> <p>50% no aplica deducible</p> <p>50% no aplica deducible</p> <p>50% no aplica deducible</p> <p>50% no aplica deducible Máximo Anual: B/.150.00</p>
--	--

## TABLA DE BENEFICIOS MÁXIMOS REEMBOLSABLE

<b>Hombres:</b> - PSA en sangre anual a partir de los 35 años - Examen Anual de control a partir de los 45 años: Hemograma, Glicemia, Perfil de Lípidos, Urinálisis, Placa de Tórax, EKG y Examen Físico General.	50% no aplica deducible  50% no aplica deducible Máximo Anual: B/.150.00
---	---

### SINDROME 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.	90% después del deducible Máximo Anual: B/.1,000.00 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.	90% después del deducible Máximo Anual: B/.200.00
---	--

### TRASPLANTE DE ÓRGANOS Y TEJIDOS

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.	100% no aplica deducible Máximo Vitalicio: B/.500,000.00

### SERVICIOS DE ENFERMERA PRIVADA - Requiere Pre-Autorización

Enfermeros graduados debidamente licenciados y registrados	90% después del deducible Máximo Vitalicio: 30 turnos Ocho (8) horas c/u
--	--

### CUIDADO EN EL HOGAR Y TERMINALES O PALEATIVOS - Requiere Previa Autorización

a. Cuidados en el Hogar: Hasta 30 días	90% después del deducible Máximo Diario: B/.300.00
---	---

### SERVICIO DE AMBULANCIA - Panamá e Internacional

a. Terrestre * Ambulancia Privada para Emergencias	90% después del deducible 100% Afiliación incluida en Panamá
b. Aérea	90% después del deducible

## TABLA DE BENEFICIOS MÁXIMOS REEMBOLSABLE

### PASAJE AÉREO – Requiere Pre-Autorización

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

### HOSPEDAJE DE UN ACOMPAÑANTE – Requiere Pre-Autorización

Sólo aplica por días de hospitalización de un Asegurado y según necesidad médica	100% no aplica deducible Máximo Diario: B/.120.00 Máximo Vitalicio: Noventa (90) días
--	---

### GASTOS DE REPATRIACIÓN

En caso que un Asegurado fallezca fuera de la República de Panamá	100% no aplica deducible Máximo por Evento: B/.7,500.00
---	--

### INGRESO O RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACION

Aplica al Asegurado Principal solamente. Beneficio cubierto a partir del segundo día de hospitalización	100% no aplica deducible Máximo Diario: B/.100.00 Máximo Vitalicio: B/.36,500.00
--	--

### SEGURO DE VIDA

Asegurado Principal	B/.50,000.00
Cónyuge	B/.25,000.00
Cada Hijo	B/.10,000.00

### 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, con excepción de pólizas con Endoso Premium.
- Requiere utilización de proveedores dentro de la Red del Sistema Blue Cross and Blue Shield.

#### • Deducibles:

- Panamá, Colombia y Centroamérica (PCC): Aplica un monto igual al deducible indicado en las condiciones particulares de la póliza, 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, para los Beneficios que aplique según lo establecido en esta tabla.
- Otros Países: Aplica para los gastos médicos incurridos y cubiertos en cualquier país del mundo con excepción de Panamá, Colombia y Centroamérica, para los Beneficios que aplique según lo establecido en esta tabla y lo que se detalla a continuación.
  - Urgencia Médica por Accidente y Enfermedad: Aplica un monto igual al deducible de Panamá, Colombia y Centroamérica, según lo establecido en las condiciones particulares de la póliza.
  - Tratamientos Electivos o Programados: Aplica un monto equivalente al doble del deducible de Panamá, Colombia y Centroamérica, según lo establecido en las condiciones particulares de la póliza, con un mínimo de B/.5,000.00.
- El monto de deducible acumulado en Panamá, Colombia y Centroamérica, no aplica para completar o acumular el monto de deducible correspondiente a otros países.

## TABLA DE BENEFICIOS MÁXIMOS REEMBOLSABLE

• **Beneficios Cubiertos:**

- No aplica al Beneficio de Medicina Preventiva.
- Gastos por Servicios Ambulatorios aplican contra reembolso.
- Aplica a los demás beneficios descritos en esta tabla, con base a las condiciones y límites descritos para Panamá, Colombia y Centroamérica, a menos que se indique algo diferente para Otros Países, según los escenarios detallados a continuación:

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pre-Autorización y Aprobación por parte de la compañía con Proveedores de la Red BCBS</li> <li>• No Pre-Autorización, ni Aprobación por parte de la compañía</li> <li>• Pre-Autorización y Aprobación por parte de la compañía con Proveedores Fuera de Red BCBS</li> <li>• Pre-Autorización y No Aprobación por parte de la compañía, según condición médica – Tratamientos Electivos o Programados</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Beneficio cubierto y aplica monto de deducible, según indicado en el punto anterior.</li> <li>• Beneficio cubierto pero reducido a reembolso del 50% y aplica monto de deducible, según indicado en el punto anterior.</li> <li>• Beneficio cubierto pero reducido a reembolso del 60% y aplica monto de deducible, según indicado en el punto anterior</li> <li>• Beneficio cubierto pero reducido a reembolso del 50% de los cargos URA de Panamá y aplica monto de deducible de Panamá, Colombia y Centroamérica (PCC).</li> </ul>
--	--

**PARTICIPACION MAXIMA 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%.

<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, Colombia y Centroamérica: B/4,000.00 Otros Países: B/8,000.00</p>
--	---

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.

PMI OPCION III - 7/96 - Rev. 06/22  
C.G. PMI - 7/96 - Rev. 06/22