

CIRCULAR A CORREDORES

FECHA: Enero, 2020

ASUNTO: PLANES DE SALUD INDIVIDUAL - MEDIRED

Con la intención de mantener nuestros Planes de Salud Individual actualizados con las necesidades de nuestros asegurados y el mercado, les informamos que a partir del **1º. de Marzo de 2020**, efectuaremos algunas modificaciones en coberturas y ajustes en las primas de todas las Pólizas Nuevas y Renovaciones bajo los Planes del Producto Individual MEDIRED, según les detallamos a continuación:

MEDIRED 100:

- **Hospitalización:**
Se excluye Pacífica Salud e incluye al Hospital Nacional con Co- Pago diario de \$200.00
- **Servicios Ambulatorios:**
Se incluye:
Consulta en Clínicas Satélites – Médico Especialista – Co Pago de \$10.00
Se modifica:
Medicamentos Recetados: Sin aplicar deducible y hasta un máximo anual de \$2,500.00
Innovador o Comercial – Reembolso del 50%
Bioequivalente o Genérico – Reembolso del 60% (**Nuevo beneficio**)
- **Cirugía Ambulatoria:**
Se modifican Co- Pagos:
Se excluye Pacífica Salud e incluye al Hospital Nacional con Co- Pago por evento de 300.00.

MEDIRED SELECTO:

- **Hospitalización:**
Se excluye Pacífica Salud e incluye al Hospital Nacional con Co- Pago diario de \$200.00
- **Servicios Ambulatorios:**
Se incluye:
Consulta en Clínicas Satélites – Médico Especialista – Co Pago de \$10.00
- **Cirugía Ambulatoria:**
Se excluye Pacífica Salud e incluye al Hospital Nacional con Co- Pago por evento de 300.00.

MEDIRED INTEGRAL:

- **Hospitalización:**
Se excluye Pacífica Salud e incluye al Hospital Nacional con Co- Pago diario de \$200.00
- **Servicios Ambulatorios:**
Se incluye:
Consulta en Clínicas Satélites – Médico Especialista – Co Pago de \$10.00
Se modifica:
Medicamentos Recetados: Aplica deducible y hasta un máximo anual de \$5,000.00
Innovador o Comercial – Reembolso del 60%
Bioequivalente o Genérico – Reembolso del 70% (**Nuevo Beneficio**)
- **Cirugía Ambulatoria:**
Se excluye Pacífica Salud e incluye al Hospital Nacional con Co- Pago por evento de 300.00.
- **Maternidad:**
Los medicamentos y/o vitaminas pre-natales, aplica deducible y reembolso del 60%-70%, según el medicamento. (Acumulan con el límite de Maternidad)

MEDIRED:

- **Hospitalización:**
Se modifican los Co Pagos Diarios en Hospital:
Pacífica Salud de \$200.00 a \$250.00
Hospital Nacional de \$250.00 a \$200.00



○ **Servicios Ambulatorios:**

Se incluye:

Consulta en Clínicas Satélites – Médico Especialista – Co Pago de \$10.00

Se modifica:

Medicamentos Recetados: Aplica el deducible y hasta un máximo anual de \$10,000.00

Innovador o Comercial – Reembolso del 80%

Bioequivalente o Genérico – Reembolso del 90% **(Nuevo Beneficio)**

○ **Cirugía Ambulatoria:**

Se modifican Co- Pagos:

Pacifica Salud de \$300.00 a \$350.00

Nacional de \$350.00 a \$300.00

○ **Maternidad:**

Los medicamentos y/o vitaminas pre-natales, aplica deducible y reembolso del 80%-90%, según medicamento. (Acumulan con el límite de Maternidad)

MEDIRED ELITE:

○ **Hospitalización:**

Se modifican los Co Pagos Diarios en Hospital:

Nacional de \$250.00 a \$200.00

Pacifica Salud de \$200.00 a \$250.00

○ **Servicios Ambulatorios:**

Se incluye:

Consulta en Clínicas Satélites – Médico Especialista – Co Pago de \$10.00

Se modifica:

Medicamentos Recetados: Aplica el deducible y hasta un máximo anual de \$15,000.00

Innovador o Comercial – Reembolso del 80%

Bioequivalente o Genérico – Reembolso del 90% **(Nuevo Beneficio)**

○ **Cirugía Ambulatoria:**

Se modifican Co- Pagos:

Pacifica Salud de \$300.00 a \$350.00

Nacional de \$350.00 a \$300.00

○ **Maternidad:**

Los medicamentos y/o vitaminas pre-natales, aplican deducible y reembolso del 80%-90%, según el medicamento. (Acumulan con el límite de Maternidad)

MEDIRED INFINITY:

○ **Hospitalización:**

Se modifican los Co Pagos por evento:

Nacional de \$350.00 a \$300.00

Pacifica Salud de \$300.00 a \$350.00

○ **Servicios Ambulatorios:**

Se incluye:

Consulta en Clínicas Satélites – Médico Especialista – Co Pago de \$10.00

Se modifica:

Medicamentos Recetados: Aplica el deducible, sin límite.

Innovador o Comercial – Reembolso del 80%

Bioequivalente o Genérico – Reembolso del 90% **(Nuevo Beneficio)**

○ **Cirugía Ambulatoria:**

Se modifican Co- Pagos:

Pacifica Salud de \$250.00 a \$350.00

Nacional de \$350.00 a \$250.00

○ **Maternidad:**

Los medicamentos y/o vitaminas pre-natales, aplican deducible y reembolso del 80%-90%, según el medicamento. (Acumulan con el límite de Maternidad)



MEDIRED ELITE INFINITY:

○ **Hospitalización:**

- Se modifican los Co Pagos por evento:
Nacional de \$400.00 a \$300.00
Pacifica Salud de \$300.00 a \$400.00

○ **Servicios Ambulatorios:**

- Se incluye:
Consulta en Clínicas Satélites – Médico Especialista – Co Pago de \$10.00
Se modifica:
Medicamentos Recetados: Aplica el deducible, sin límite.
Innovador o Comercial – Reembolso del 80%
Bioequivalente o Genérico – Reembolso del 90% (**Nuevo Beneficio**)

○ **Cirugía Ambulatoria:**

- Se modifican Co- Pagos:
Pacifica Salud de \$250.00 a \$350.00
Nacional de \$350.00 a \$250.00

○ **Maternidad:**

- Los medicamentos y/o vitaminas pre-natales, aplican deducible y reembolso del 80%-90%, según el medicamento. (Acumulan con el límite de Maternidad)

MEDIRED KIDS:

○ **Hospitalización:**

- Se modifican los Co Pagos por evento:
Nacional de \$350.00 a \$300.00
Pacifica Salud de \$300.00 a \$350.00

○ **Servicios Ambulatorios:**

- Se incluye:
Consulta en Clínicas Satélites – Médico Especialista – Co Pago de \$10.00
Se modifica:
Medicamentos Recetados: Aplica el deducible y hasta un máximo anual de \$10,000.00
Innovador o Comercial – Reembolso del 80%
Bioequivalente o Genérico – Reembolso del 90% (**Nuevo Beneficio**)

○ **Cirugía Ambulatoria:**

- Se modifican Co- Pagos:
Pacifica Salud de \$250.00 a \$350.00
Nacional de \$350.00 a \$250.00

Cabe señalar que esta información es con fines explicativos, para los términos y condiciones contractuales, deben referirse a las nuevas condiciones generales y particulares de la póliza.

Le recordamos que, el último aumento general de prima realizado, fue efectivo a partir de las renovaciones del mes de Julio de 2016 y que en adición a este ajuste también será aplicado, si corresponde el aumento por cambio en escala de edad y el mismo será efectivo igualmente en la misma renovación.

A partir del mes Enero del 2020, les estaremos haciendo llegar las cartas informativas para aquellas pólizas que renueven en el mes de **Marzo 2020**, y sucesivamente en base a la fecha de renovación de las mismas, con la finalidad de proporcionarles el tiempo suficiente a ser entregadas a los Asegurados. De igual forma, próximamente contarán con los nuevos folletos e información actualizada en nuestra página web www.bcbspma.com.

En caso de dudas o preguntas al respecto, favor contactarnos al 206-4221/-4224 /4225
Sin otro particular,



Flavio Figueroa
Representante Autorizado



CIRCULAR A CORREDORES, MEDIRED 2020

- o **PRIMAS:** Nueva Tabla de Primas (No incluyen el 5%) – **Efectivas 1o de Marzo 2020**

PLAN MEDIRED 100		PLAN MEDIRED SELECTO		PLAN MEDIRED INTEGRAL		PLAN MEDIRED	
PRIMAS MENSUALES		PRIMAS MENSUALES		PRIMAS MENSUALES		PRIMAS MENSUALES	
2020		2020		2020		2020	
Rango de Edades	Asegurado Solo	Rango de Edades	Asegurado Solo	Rango de Edades	Asegurado Solo	Rango de Edades	Asegurado Solo
18 - 25	34.60	18 - 25	42.40	18 - 25	48.10	18 - 25	59.60
26 - 29	38.40	26 - 29	47.30	26 - 29	53.70	26 - 29	66.60
30 - 34	44.00	30 - 34	54.80	30 - 34	62.20	30 - 34	77.70
35 - 39	53.80	35 - 39	61.30	35 - 39	70.10	35 - 39	87.00
40 - 44	64.20	40 - 44	65.60	40 - 44	74.80	40 - 44	95.50
45 - 49	80.30	45 - 49	78.60	45 - 49	90.30	45 - 49	119.80
50 - 54	95.60	50 - 54	93.60	50 - 54	107.50	50 - 54	142.40
55 - 59	108.90	55 - 59	106.40	55 - 59	123.00	55 - 59	167.60
60 - 64	139.00	60 - 64	133.40	60 - 64	154.60	60 - 64	218.20
65 - 69	175.90	65 - 69	168.70	65 - 69	195.40	65 - 69	277.90
70 - 74	235.50	70 - 74	227.70	70 - 74	264.10	70 - 74	375.30
75 - 79	282.70	75 - 79	276.60	75 - 79	317.00	75 - 79	450.40
80 - o más	311.00	80 ó más	306.60	80 ó más	348.50	80 ó más	495.50
Cantidad de Hijos		Cantidad de Hijos		Cantidad de Hijos		Cantidad de Hijos	
Cada Hijo	28.30	Un Hijo	38.50	Un Hijo	39.60	Un Hijo	54.10
		Dos Hijos	71.10	Dos Hijos	73.80	Dos Hijos	105.60
		Tres Hijos	106.40	Tres Hijos	110.50	Tres Hijos	157.00
		Cuatro Hijos	140.90	Cuatro Hijos	146.80	Cuatro Hijos	208.30
		Cinco Hijos	176.10	Cinco Hijos	183.10	Cinco Hijos	259.80
		Cada Hijo Adicional	34.60	Cada Hijo Adicional	36.00	Cada Hijo Adicional	51.40

CIRCULAR A CORREDORES, MEDIRED 2020

PLAN MEDIRED ELITE		PLAN MEDIRED INFINITY		PLAN MEDIRED ELITE INFINITY		PLAN MEDIRED KIDS	
PRIMAS MENSUALES		PRIMAS MENSUALES		PRIMAS MENSUALES		PRIMAS MENSUALES	
2020		2020		2020		2020	
Rango de Edades	Asegurado Solo	Rango de Edades	Asegurado Solo	Rango de Edades	Asegurado Solo	Rango de Edades	Asegurado Solo
18 - 25	72.00	18 - 25	62.00	18 - 25	75.00	2 - 18	40.80
26 - 29	80.40	26 - 29	70.00	26 - 29	84.40		
30 - 34	93.00	30 - 34	80.00	30 - 34	96.90		
35 - 39	104.30	35 - 39	92.20	35 - 39	109.50		
40 - 44	112.00	40 - 44	98.40	40 - 44	117.60		
45 - 49	134.60	45 - 49	130.60	45 - 49	142.80		
50 - 54	161.50	50 - 54	149.60	50 - 54	171.30		
55 - 59	183.40	55 - 59	182.80	55 - 59	200.00		
60 - 64	230.40	60 - 64	229.10	60 - 64	244.20		
65 - 69	291.10	65 - 69	300.20	65 - 69	326.10		
70 - 74	393.30	70 - 74	394.10	70 - 74	417.10		
75 - 79	472.00	75 - 79	473.00	75 - 79	495.40		
80 ó más	524.40	80 ó más	520.20	80 ó más	550.60		
Cantidad de Hijos		Cantidad de Hijos		Cantidad de Hijos			
Un Hijo	64.70	Un Hijo	56.80	Un Hijo	68.00		
Dos Hijos	120.90	Dos Hijos	110.90	Dos Hijos	132.60		
Tres Hijos	180.80	Tres Hijos	164.80	Tres Hijos	197.10		
Cuatro Hijos	240.40	Cuatro Hijos	218.80	Cuatro Hijos	261.60		
Cinco Hijos	300.00	Cinco Hijos	272.80	Cinco Hijos	326.20		
Cada Hijo Adicional	59.00	Cada Hijo Adicional	54.00	Cada Hijo Adicional	64.60		

