



# Blue Cross and Blue Shield of Panama

## CIRCULAR A CORREDORES

**FECHA:** 20 de Abril de 2016

**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 Julio de 2016**, efectuaremos algunas modificaciones en coberturas y ajustes en las primas de todas las Pólizas Nuevas y Renovaciones bajo los Planes de Salud Individual Medired 100, Selecto, Integral, Elite y Kids, según les detallamos a continuación:

• **MEDIRED 100:**

○ **Hospitalización:**

Se mejora de Habitación Semi Privada a Habitación Privada.

Se modifican los Co- Pagos Diarios en Hospital:

San Fernando- Santa Fe de \$100.00 a \$150.00

Se elimina el Hospital Nacional e Incluye al Hospital Punta Pacifica con Co- Pago de 200.00

○ **Servicios Ambulatorios:**

Se modifican los Co- Pagos en:

Consulta Medicina General de \$10.00 a \$12.00

Consulta Especialista de \$15.00 a \$20.00

Se incluye la Consulta Sub Especialista con Co- Pago de \$25.00

Terapias Físicas e Inhaloterapias, se modifica a Co- Pago por Sesión a \$10.00.

○ **Cirugía Ambulatoria:**

Se modifican Co- Pagos:

San Fernando- Santa Fe y Ctros. Ambulatorios de \$100.00 a \$200.00

Se elimina el Hospital Nacional e Incluye al Hospital Punta Pacifica con Co- Pago de 300.00.

Colón e Interior del País de \$100.00 a \$150.00

• **MEDIRED SELECTO:**

○ **Hospitalización:**

Se modifican los Co Pagos Diarios en Hospital:

San Fernando- Santa Fe de \$100.00 a \$150.00

Se elimina el Hospital Nacional e Incluye al Hospital Punta Pacifica con Co- Pago de 200.00

○ **Cirugía Ambulatoria:**

Se modifican Co- Pagos:

San Fernando- Santa Fe y Ctros. Ambulatorios de \$150.00 a \$200.00

Se elimina el Hospital Nacional e Incluye al Hospital Punta Pacifica con Co- Pago de 300.00.

○ **Maternidad:**

Se mejora el Límite Máximo por Embarazo de \$2,000.00 a \$2,500.00

• **MEDIRED INTEGRAL:**

○ **Deducible:**

Se modifica de \$200.00 a \$250.00

○ **Hospitalización:**

Se elimina el Hospital Nacional e Incluye al Hospital Punta Pacifica con Co- Pago de 200.00

○ **Servicios Ambulatorios:**

Se modifican los Co Pagos en:

Consulta Especialista de \$18.00 a \$20.00 (Incluye consultas por Embarazo)

Se incluye la Consulta Sub Especialista con Co- Pago de \$25.00

Terapias Físicas e Inhaloterapias, se modifica el Co Pago de \$5.00 a \$10.00.

○ **Cirugía Ambulatoria:**

Se modifican Co- Pagos:

Se elimina el Hospital Nacional e Incluye al Hospital Punta Pacifica con Co- Pago de 300.00.

Colón e Interior del País de \$200.00 a \$150.00.

○ **Maternidad:**

Se mejora el Límite Máximo por Embarazo de \$2,500.00 a \$3,000.00



- **MEDIRED:**

- **Deducible:**

- Se modifica de \$200.00 a \$300.00

- **Hospitalización:**

- Se modifican los Co Pagos Diarios en Hospital:

- Punta Pacifica y Paitilla de \$200.00 a \$250.00

- Hospital Nacional de \$150.00 a \$250.00

- **Servicios Ambulatorios:**

- Se modifican los Co Pagos en:

- Consulta Especialista de \$18.00 a \$20.00 (Incluye consultas por Embarazo)

- Se incluye la Consulta Sub Especialista con Co- Pago de \$25.00

- Terapias Físicas e Inhaloterapias, se modifica el Co Pago de \$5.00 a \$10.00.

- **Cirugía Ambulatoria:**

- Se modifican Co- Pagos:

- Paitilla de \$200.00 a \$300.00

- Nacional de \$200.00 a \$350.00

- **MEDIRED ELITE:**

- **Hospitalización:**

- Se modifican los Co Pagos Diarios en Hospital:

- Paitilla de \$150.00 a \$200.00

- Hospital Nacional de \$150.00 a \$250.00

- **Servicios Ambulatorios:**

- Se modifican los Co Pagos en:

- Consulta Especialista de \$18.00 a \$20.00 (Incluye consultas por Embarazo)

- Se incluye la Consulta Sub Especialista con Co- Pago de \$25.00

- Terapias Físicas e Inhaloterapias, se modifica el Co Pago de \$5.00 a \$10.00.

- **Cirugía Ambulatoria:**

- Se modifican Co- Pagos:

- Paitilla de \$200.00 a \$300.00

- Nacional de \$200.00 a \$350.00

- **MEDIRED KIDS:**

- **Deducible:**

- Se modifica de \$150.00 a \$200.00

- **Hospitalización:**

- Se modifican los Co Pago por Evento:

- Punta Pacifica y Paitilla de \$200.00 a \$300.00

- Hospital Nacional de \$200.00 a \$350.00

- **Servicios Ambulatorios:**

- Se modifican los Co Pagos en:

- Consulta Especialista de \$18.00 a \$20.00

- Se incluye la Consulta Sub Especialista con Co- Pago de \$25.00

- Terapias Físicas e Inhaloterapias, se modifica el Co Pago de \$5.00 a \$10.00.

- **Cirugía Ambulatoria:**

- Se modifican Co- Pagos:

- San Fernando, Santa Fe y Ctros Ambulatorios de \$150.00 a \$200.00

- Paitilla de \$150.00 a \$250.00

- Nacional de \$150.00 a \$350.00

Durante el mes de Mayo y Junio les estaremos haciendo llegar las cartas informativas para aquellas pólizas que renueven a partir del **1 de Julio de 2016**, 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.is.bcbspma.com](http://www.is.bcbspma.com). Es importante señalar, que todas las pólizas **Nuevas y Renovaciones**, con fecha efectiva anterior al **1 de Julio de 2016**, se mantendrán con los beneficios actuales y serán modificadas en su próxima fecha de renovación.

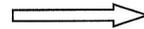
En caso de dudas o preguntas al respecto, favor contactarnos al 206-4221/-4222 /4224

Sin otro particular,



Representante Autorizado

- o **PRIMAS:** Nueva Tabla de Primas (No incluyen el 5%)



**PLAN MEDIRED 100  
PRIMAS MENSUALES**

2016	
Rango de Edades	Asegurado Solo
18 - 25	28.50
26 - 29	31.65
30 - 34	36.25
35 - 39	44.30
40 - 44	52.90
45 - 49	66.15
50 - 54	78.80
55 - 59	89.70
60 - 64	114.55
65 - 69	144.90
70 - 74	194.00
75 - 79	232.90
80 ó Más	256.20
Cantidad de Hijos	
Cada Hijo	23.30

**PLAN MEDIRED SELECTO  
PRIMAS MENSUALES**

2016	
Rango de Edades	Asegurado Solo
18 - 25	37.40
26 - 29	41.70
30 - 34	48.30
35 - 39	54.00
40 - 44	57.80
45 - 49	69.30
50 - 54	82.50
55 - 59	93.75
60 - 64	117.60
65 - 69	148.65
70 - 74	200.70
75 - 79	243.80
80 ó Más	270.25
Cantidad de Hijos	
Un Hijo	33.90
Dos Hijos	62.70
Tres Hijos	93.80
Cuatro Hijos	124.20
Cinco Hijos	155.25
Cada Hijo Adicional	30.50

**PLAN MEDIRED INTEGRAL  
PRIMAS MENSUALES**

2016	
Rango de Edades	Asegurado Solo
18 - 25	44.60
26 - 29	49.80
30 - 34	57.70
35 - 39	65.00
40 - 44	69.35
45 - 49	83.80
50 - 54	99.70
55 - 59	114.05
60 - 64	143.40
65 - 69	181.25
70 - 74	244.95
75 - 79	294.00
80 ó Más	323.30
Cantidad de Hijos	
Un Hijo	36.70
Dos Hijos	68.50
Tres Hijos	102.50
Cuatro Hijos	136.20
Cinco Hijos	169.80
Cada Hijo Adicional	33.40

**PLAN MEDIRED  
PRIMAS MENSUALES**

2016	
Rango de Edades	Asegurado Solo
18 - 25	51.30
26 - 29	57.35
30 - 34	66.90
35 - 39	74.90
40 - 44	82.20
45 - 49	103.20
50 - 54	122.65
55 - 59	144.35
60 - 64	187.90
65 - 69	239.30
70 - 74	323.20
75 - 79	387.90
80 ó Más	426.70
Cantidad de Hijos	
Un Hijo	46.60
Dos Hijos	90.90
Tres Hijos	135.20
Cuatro Hijos	179.40
Cinco Hijos	223.70
Cada Hijo Adicional	44.30

**PLAN MEDIRED ELITE  
PRIMAS MENSUALES**

2016	
Rango de Edades	Asegurado Solo
18 - 25	66.40
26 - 29	74.20
30 - 34	85.80
35 - 39	96.20
40 - 44	103.30
45 - 49	124.20
50 - 54	149.00
55 - 59	169.20
60 - 64	212.50
65 - 69	268.55
70 - 74	362.80
75 - 79	435.40
80 ó Más	483.70
Cantidad de Hijos	
Un Hijo	59.70
Dos Hijos	111.50
Tres Hijos	166.80
Cuatro Hijos	221.80
Cinco Hijos	276.70
Cada Hijo Adicional	54.40

**PLAN MEDIRED KIDS  
PRIMAS MENSUALES**

2016	
Rango de Edades	Asegurado Solo
2 - 18	38.50