

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

Fax: 210-1077

Correo:

preautorizaciones@iseguros.com

CENTENNIAL PLAZA:

Teléfono: 830-6163 / 64

LOS PUEBLOS:

Teléfono: 217-8760 / Fax: 217-8076

DAVID:

Teléfono: 777-7500 / Fax: 775-3050

LA CHORRERA:

Teléfono: 253-3252 / Fax: 253-7973

CHITRÉ:

Teléfono: 996-4656 / Fax: 996-3210

COLÓN:

Teléfono: 441-1393

PENONOMÉ:

Teléfono: 991-4209

SANTIAGO:

Teléfono: 998-3950 / Fax: 998-4270

www.bcbsspma.com

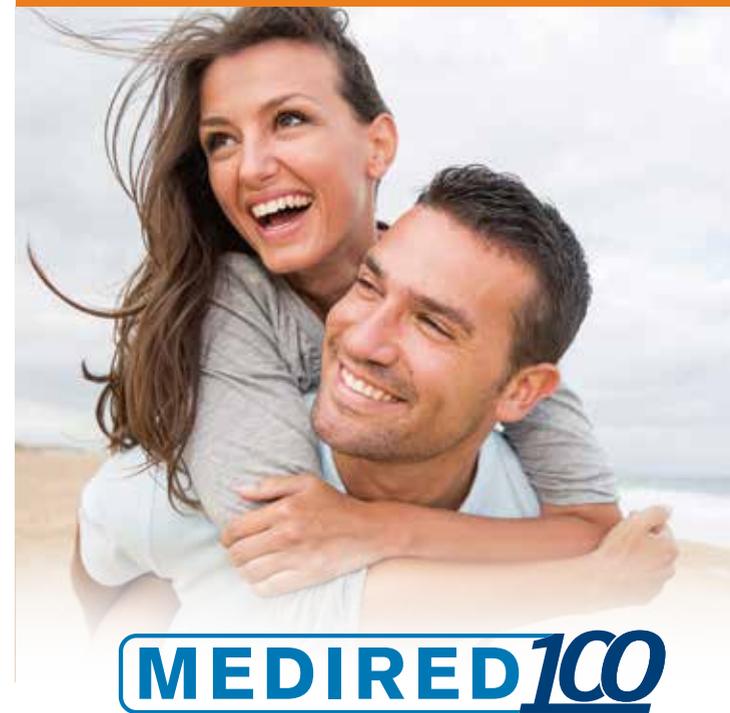
Consulte a su corredor de seguros o contáctenos



Esta información se debe tomar como ilustración, para los términos y condiciones contractuales, refiérase al Contrato de Póliza.
Actualizado a marzo 2020.



UN SEGURO A TU MEDIDA



MEDIRED 100

Con el respaldo de



INTERNACIONAL
DE SEGUROS
DESDE 1910

Suscrito y Administrado por Cia. Internacional de Seguros, S.A.
Licenciataria 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, afíliase 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

MÁXIMO VITALICIO POR ASEGURADO	B/. 100,000.00
Cobertura	Local
Red de Proveedores	Medired
DEDUCIBLE POR AÑO PÓLIZA POR ASEGURADO	Sin Deducible
STOP LOSS POR AÑO PÓLIZA POR ASEGURADO	No Aplica

RECLUSIÓN EN EL HOSPITAL - REQUIERE PRE-AUTORIZACIÓN

a) Habitación Privada en Panamá	HOSPITALES EN PANAMÁ: Co-Pago por día:
b) Cuidados Intensivos	
c) Servicios Hospitalarios (Cargos Misceláneos): Exámenes con costos mayores de B/. 200.00 - Requiere Pre-Autorización	San Fernando y Santa Fe B/. 150.00 Hospital Nacional B/. 200.00
d) Cirugía: Honorarios Médicos	
e) Anestesia: Honorarios Médicos Requiere Pre-Autorización	HOSPITALES EN INTERIOR Y COLÓN: Co-Pago por día:
f) Visitas Intrahospitalarias: Honorarios Médicos	B/. 100.00
Médico Tratante: Una (1) visita al día En exceso Requiere Pre-Autorización	Hasta el cuarto (4) día, del quinto (5) y condiciones catastróficas se pagará al 80%. (Co-Aseguro 20%).
Médico Especialista: Requiere Pre-Autorización	

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
Medicamentos Recetados:	
• Innovador o Comercial	50%
• Bioequivalente o Genérico	60%
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

CUARTO DE URGENCIA

a) Por Accidente	100%, sin Límite
b) Por Enfermedades Críticas Detalladas (Ver tabla de beneficios)	100%, sin Límite
c) Por Enfermedades No Críticas Detalladas	Co-Pago de B/. 75.00

CIRUGÍA AMBULATORIA - REQUIERE PRE-AUTORIZACIÓN

a) Realizadas en el Hospital, Clínica o Centro de Cirugía Ambulatoria (Cargos Misceláneos y Honorarios Médicos)	
San Fernando, Santa Fe y Centros Ambulatorios	Co-Pago B/. 200.00 por evento
Hospital Nacional	Co-Pago B/. 300.00 por evento
Colón e Interior del País	Co-Pago B/. 150.00 por evento
b) Realizada en el Consultorio Médico (Cargos Misceláneos y Honorarios Médicos)	Co-Pago del 35% por evento

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	
Reembolso de: A partir del 2do. día de Hospitalización	B/. 10.00 por día
Máximo por Año Póliza	15 días

CONDICIONES CATASTRÓFICAS – APLICA PARA HOSPITALIZACIÓN

Enfermedades y/o Procedimientos Cardiovasculares	De acuerdo a los beneficios detallados en esta tabla, se cubrirán al 80%, los gastos por o relacionados directa o indirectamente con los procedimientos o tratamientos detallados, desde el primer día de incurrido el gasto.
Cirugías por condiciones Hemato-Oncológicas de cualquier tipo (Cáncer)	
Cirugías Ortopédicas Mayores	
Enfermedades Neurológicas y Procedimientos Neuroquirúrgicos	
Cirugías por Traumas Mayores (Politraumatismo incluyendo rehabilitación)	

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/. 34.60	B/. 36.33
26 a 29	B/. 38.40	B/. 40.32
30 a 34	B/. 44.00	B/. 46.20
35 a 39	B/. 53.80	B/. 56.49
40 a 44	B/. 64.20	B/. 67.41
45 a 49	B/. 80.30	B/. 84.32
50 a 54	B/. 95.60	B/. 100.38
55 a 59	B/. 108.90	B/. 114.35
60 a 62	B/. 139.00	B/. 145.95

HIJOS

Cada hijo	B/. 28.30	B/. 29.72
-----------	-----------	-----------

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	