

**PRIMAS MENSUALES**

El Asegurado Principal es consciente que la prima inicial pactada a favor de la Compañía como retribución por las coberturas contratadas aumentará conforme aumente su edad, de acuerdo a la siguiente tabla y lo establecido en las condiciones generales de la póliza.

Rango de edades	Deducible Local B/. 1,000.00		Deducible Local B/. 1,500.00		Deducible Local B/. 2,000.00		Deducible Local B/. 4,000.00		Deducible Local B/. 10,000.00		Deducible Local B/. 20,000.00	
	Asegurado Solo	Asegurado Cónyuge	Asegurado Solo	Asegurado Cónyuge	Asegurado Solo	Asegurado Cónyuge						
18-25	112.90	222.40	102.50	201.90	97.30	191.60	82.50	162.50	78.40	154.40	70.10	138.10
26-29	121.10	238.60	109.40	215.60	104.20	205.30	88.60	174.50	84.10	165.80	75.30	148.30
30-34	134.80	265.50	122.30	240.90	116.10	228.70	98.40	193.80	93.50	184.10	83.60	164.70
35-39	158.00	311.20	143.60	282.80	136.50	268.90	115.20	227.00	109.40	215.60	97.90	192.90
40-44	173.80	342.30	157.80	310.80	149.80	295.00	127.60	251.40	121.20	238.80	108.50	213.70
45-49	198.80	391.60	177.10	348.90	170.00	334.80	148.50	292.40	141.00	277.80	126.20	248.60
50-54	263.10	518.20	237.10	467.00	227.00	447.10	192.00	378.30	182.40	359.40	163.20	321.60
55-59	303.30	597.50	270.70	533.30	263.30	518.70	224.40	442.00	213.10	419.90	190.70	375.70
60-62	463.80	913.60	421.20	829.80	400.20	788.30	340.10	670.00	323.10	636.50	289.10	569.50

Hijos						
Un hijo	75.20	63.10	63.50	53.20	47.90	43.10
Dos hijos	150.40	126.20	127.00	106.40	95.80	86.20
Tres hijos	225.60	189.30	190.50	159.60	143.70	129.30
Cada hijo adic.	37.60	31.60	31.80	26.60	23.90	21.60

**LAS PRIMAS NO INCLUYEN EL 5% DE IMPUESTO.**

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 las mismas serán aplicadas en la renovación correspondientes de cada aniversario/renovación de la póliza.

**FRECUENCIAS Y FORMAS DE PAGO**

Mensual	ACH / Tarjeta de crédito
Trimestral, Semestral y Anual	ACH / Tarjeta de crédito / Efectivo



Descárgala en



¡DALE MÁS A TU SALUD!  
800-BCBS • 265-7053 - www.bcbsspma.com

**REQUISITOS PARA SOLICITANTES DE PÓLIZAS DE SALUD**

**PANAMEÑOS**

**De 40 a 45 años (Hombre / Mujer)**

- Hemograma Completo
- Urinálisis
- Perfil Lipídico
- Glicemia en Ayuna

**De 46 a 62 años (Hombre / Mujer)**

- Hemograma Completo
- Urinálisis
- Perfil Lipídico
- Glicemia en Ayuna
- Prueba de Nicotina
- Examen Físico
- EKG
- PSA en sangre (sólo Hombres)

**NIÑOS PANAMEÑOS: DE 0 A 3 AÑOS: Presentar informe pediátrico**

**EXTRANJEROS**

**De 18 a 30 años (Hombre / Mujer)**

- Hemograma Completo
- Urinálisis
- Perfil lipídico
- Urinálisis
- Glicemia en ayuna
- Examen Físico

**De 31 a 49 años (Hombre / Mujer)**

- Hemograma Completo
- Glicemia en ayuna
- HB- HC (Hepatitis)
- Perfil lipídico
- Prueba de Nicotina
- Urinálisis
- PSA en Sangre (sólo en Hombres)
- EKG (Solo mayores de 45)
- Examen Físico

**De 50 a 62 años (Hombre / Mujer)**

- Hemograma Completo
- Glicemia en ayuna
- HB- HC (Hepatitis)
- Perfil lipídico
- Creatinina
- Urinálisis
- Prueba de Nicotina
- PSA en Sangre (sólo en Hombres)
- Examen Físico
- Prueba de Esfuerzo

**NIÑOS EXTRANJEROS: DE 0 A 10 AÑOS: Presentar informe pediátrico**

**MÉDICOS AUTORIZADOS**

EXÁMEN FÍSICO (Prevía Cita)	EKG	TELÉFONOS
Centro Médico Nacional <i>Dr. Rogelio Pérez Valdívieso</i>	Médico Autorizado	398-2349
Royal Center <i>Dr. Manuel Pereira</i>	Médico Autorizado	223-8387
Wellmed Clinic <i>Dr. Jorge Paz Rodríguez</i>	Médico Autorizado	269-1795
Hospital Punta Pacífica <i>Dra. Daymé Quintero</i>	Médico Autorizado	204-8016
Consultorios América <i>Dr. Ricardo Pareja R.</i>	No aplica	229-4388 Ext.6000
Clínicas MiniMed	No aplica	830-5800

**LABORATORIOS AUTORIZADOS**

Laboratorios Clínicos Raly- Laboratorios Fernández, Laboratorios Serviloo America Lab, Laboratorios Minimed

**PRUEBA DE ESFUERZO:** (Requiere cita previa)

Centro Cardiovascular, Hospital Punta Pacífica	204-8072
Laboratorio Cardiovascular- San Fernando	229-0521

PARA PLAN MÉDICO INTERNACIONAL: Opción I, II y III costo de exámenes aplican para deducible. Planes Deluxe y Ultimate se reembolsa el costo al 100%. (Aplica para Pólizas aprobadas y emitidas por la compañía).

Línea de Atención  
**800-BCBS**



Línea 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 electrónico:  
preautorizaciones@seguros.com

**Sucursales:**

**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 Marzo 2020.

Con el respaldo de



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



**PLANMÉDICO INTERNACIONAL**  
*Deluxe*



Nuestra experiencia nos ha permitido diseñarle, para su protección y el cuidado de la salud, planes auténticos y sofisticados:

# PLANMÉDICO INTERNACIONAL *Deluxe*

Con este seguro de salud, usted se sentirá tranquilo de haber seleccionado el plan orientado a satisfacer sus necesidades integrales de Hospitalización, Servicios Ambulatorios y mucho más.

## TABLA DE BENEFICIOS

MÁXIMO VITALICIO	B/. 2,000,000.00
Cobertura	Local e Internacional
Red de Proveedores: - Local	No Aplica
- Internacional	BCBS – Red Tradicional
Deducible por Año Póliza por Asegurado:	Según Opción Seleccionada
Stop Loss por Año Póliza por Asegurado: - Local	<b>B/.4,000.00</b>
- Fuera de Panamá	<b>B/.8,000.00</b>

## RECLUSIÓN EN EL HOSPITAL- Pre Autorización

Habitación Privada en Panamá, Colombia y Centroamérica	<b>90%</b> después del deducible
Habitación Semi-Privada en Otros Países	
Cuidados Intensivos	
Servicios Hospitalarios (Cargos Misceláneos). Exámenes mayores a B/.200.00 - Previa Autorización	
Cirugía: Honorarios Médicos y Asistente Quirúrgico - Previa Autorización	
Anestesia: Honorarios Médicos- Previa Autorización	
Visitas Intrahospitalarias: Honorarios Médicos	
• Médico Tratante - Una (1) visita al día. En exceso Previa Autorización	
• Médico Especialista- Previa Autorización	

## SERVICIOS AMBULATORIOS

Consultas Externas	<b>90%</b> después del deducible
Rayos X y Laboratorios	<b>90%</b> después del deducible
Exámenes Especiales (Previa Autorización)	<b>90%</b> después del deducible
Medicamentos Recetados	<b>90%</b> después del deducible
Acupuntura	<b>90%</b> después del deducible
• Máximo Anual	Cinco (5) tratamientos
• Máximo Vitalicio	Veinte (20) tratamientos
Quiropráctica	<b>90%</b> después del deducible
• Máximo anual	Veinte (20) sesiones
Terapias Físicas y de Rehabilitación	<b>90%</b> después del deducible
• Máximo Anual	Veinte (20) sesiones
• Exceso del Límite Anual	Previa autorización
Quimioterapias, Radioterapias y Hemodiálisis	<b>90%</b> después del deducible
Sesiones Ambulatorias- Previa Autorización	
Equipo Médico Durable	<b>90%</b> después del deducible
	<b>B/.5,000.00</b> Máximo vitalicio

## CUARTO DE URGENCIAS

Por Accidente	<b>100%</b> , sin límite
Por Enfermedad Crítica Detallada	<b>100%</b> , sin límite
Por Enfermedad No Crítico Detallada	<b>80%</b> , no aplica deducible, sin límite

## CIRUGÍA AMBULATORIA - Pre Autorización

Honorarios Médicos	<b>90%</b> después del deducible
Cargos Misceláneos	<b>90%</b> después del deducible

## MATERNIDAD

▶ Aplica para aseguradas principales o cónyuges, solteras o casadas.

Reclusión en el Hospital: Previa Autorización	<b>90%</b> después del deducible
Servicios Ambulatorios	<b>90%</b> después del deducible
• Consultas Pre-Natales: Máximo ocho (8), sin complicaciones	
• Ultrasonidos: Máximo tres (3), sin complicaciones	<b>90%</b> después del deducible
Período de Espera	Doce (12) meses para cubrir gastos, a partir de la fecha de inclusión de la Asegurada
Máximo por Evento	• Sin Límite
• En Panamá	• B/. 10,000.00
• Fuera de Panamá	
Niños prematuros- Niños nacidos bajo la póliza	<b>B/. 50,000.00</b> por evento al <b>100%</b>

## ENFERMEDAD CONGÉNITA, HEREDITARIA O ADQUIRIDA DEL RECIÉN NACIDO

Del Recién Nacido en Póliza	<b>B/. 50,000.00</b> Máximo Vitalicio al <b>100%</b> para cada niño
-----------------------------	---

## SIDA

Máximo Anual	<b>B/. 10,000.00</b> al <b>100%</b>
Máximo Vitalicio	<b>B/. 50,000.00</b> al <b>100%</b>

## TRASTORNOS MENTALES Y NERVIOSOS

Tratamientos Psiquiátricos	<b>90%</b> después del deducible
	<b>B/. 2,500.00</b> Anual
	<b>B/. 25,000.00</b> Máximo Vitalicio

## COBERTURA DENTAL

Cobertura sujeta a cargos usuales, razonables y acostumbrados (URA). No aplica para tratamientos y/o procedimientos con fines de control, mantenimiento o estéticos	<b>90%</b> después del deducible
	<b>B/. 2,000.00</b> Anual

## TRASPLANTE DE ÓRGANOS Y TEJIDOS

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	<b>B/. 750,000.00</b> Máximo Vitalicio al <b>100%</b>
--	---

## MEDICINA PREVENTIVA: SÓLO APLICA EN PANAMÁ

<b>Niños:</b> - Consulta de Control - 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	<b>50%</b> sobre cargos URA, No aplica deducible
<b>Mujeres:</b> - Consulta Anual Ginecológica y Papanicolau - Mamografía anual a partir de los 40 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	<b>50%</b> sobre cargos URA, No aplica deducible <b>50%</b> sobre cargos URA, No aplica deducible Máximo de <b>B/.150.00</b> por Año
<b>Hombres:</b> - PSA en sangre anual a partir de los 40 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	<b>50%</b> sobre cargos URA, No aplica deducible <b>50%</b> sobre cargos URA, No aplica deducible Máximo de <b>B/.150.00</b> por Año

## SERVICIOS DE ENFERMERA PRIVADA, CUIDADO EN EL HOGAR Y TERMINALES O PALEATIVOS

Enfermera Privada: Previa Autorización Hasta 30 sesiones con un máximo de ocho (8) horas c/u	<b>90%</b> después del deducible
Cuidados en el Hogar: Previa Autorización Hasta 30 días	<b>90%</b> después del deducible Máximo Diario de <b>B/.300.00</b>
Cuidado Terminales o Paleativos: Previa Autorización Hasta 60 días	<b>90%</b> después del deducible Máximo Diario de <b>B/.300.00</b>

## AMBULANCIA

Terrestre	<b>90%</b> después del deducible, sin límite
Aérea	<b>90%</b> después del deducible, sin límite
Ambulancia privada para emergencias	<b>100%</b> afiliación incluida en Panamá

## PASAJE AÉREO

Sólo en caso de necesidad médica. Previa Autorización Asegurado y un Acompañante	Pasaje aéreo de ida y vuelta Clase Económica
--	--

## HOSPEDAJE DE UN ACOMPAÑANTE

Sólo en caso de necesidad médica. Previa Autorización - Sólo aplica por días de hospitalización del Asegurado	<b>B/.120.00</b> diarios- Máximo 90 días
---	--

## GASTOS DE REPATRIACIÓN

En caso que un Asegurado fallezca fuera de la República de Panamá	<b>B/.10,000.00</b> al <b>100%</b>
---	------------------------------------

## COBERTURA 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:** Aplica el deducible elegido ya sea por Urgencia Médica por accidente o enfermedad o por Casos Electivos y Programados
- **Otros Países:**
  - Urgencia Médica por Accidente y Enfermedad: Aplica el deducible de Panamá, Colombia y Centroamérica
  - Tratamientos Electivos o Programados: se duplica el deducible de Panamá, Colombia y Centroamérica, con un mínimo de B/.5,000.00. Para los deducibles de B/.10,000.00 y B/.20,000.00 aplicará el mismo deducible, sin duplicarse
  - El deducible acumulado en Panamá, Colombia y Centroamérica no aplica para completar o acumular al deducible correspondiente a otros países

## ENDOSO PREMIUM (OPCIONAL)

Triplifica el límite estipulado en la Tabla de Beneficios para las coberturas de Niños Prematuros y Enfermedades Congénitas, Hereditarias y Adquiridas del Recién Nacido

Otorga un 25% adicional de los montos usuales, razonables y acostumbrados para todos los beneficios cubiertos

Elimina el requisito de condición médica del asegurado para atenciones electivas o programadas fuera de Panamá

Costo: 10% adicional a lo detallado en la Tabla de Primas Mensuales

