

**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 |                   |
|-----------------|----------------------------|-------------------|----------------------------|-------------------|----------------------------|-------------------|----------------------------|-------------------|
|                 | Asegurado Solo             | Asegurado Cónyuge |
| 18-25           | 89.40                      | 176.10            | 74.20                      | 146.20            | 70.50                      | 138.80            | 59.80                      | 117.70            |
| 26-29           | 95.90                      | 188.90            | 79.30                      | 156.10            | 75.50                      | 148.70            | 64.20                      | 126.40            |
| 30-34           | 106.70                     | 210.20            | 88.60                      | 174.50            | 84.10                      | 165.70            | 71.30                      | 140.40            |
| 35-39           | 125.00                     | 246.30            | 104.00                     | 204.90            | 98.90                      | 194.70            | 83.50                      | 164.40            |
| 40-44           | 137.50                     | 270.90            | 114.30                     | 225.10            | 108.50                     | 213.70            | 92.50                      | 182.10            |
| 45-49           | 157.30                     | 309.90            | 128.30                     | 252.70            | 123.10                     | 242.50            | 107.50                     | 211.80            |
| 50-54           | 208.20                     | 410.20            | 171.70                     | 338.20            | 164.40                     | 323.80            | 139.10                     | 274.00            |
| 55-59           | 240.00                     | 472.90            | 196.10                     | 386.20            | 190.70                     | 375.60            | 162.50                     | 320.10            |
| 60-62           | 366.90                     | 723.00            | 305.00                     | 600.90            | 289.80                     | 570.90            | 246.30                     | 485.30            |
| <b>Hijos</b>    |                            |                   |                            |                   |                            |                   |                            |                   |
| Un hijo         | 61.40                      |                   | 50.50                      |                   | 47.50                      |                   | 39.80                      |                   |
| Dos hijos       | 122.80                     |                   | 101.00                     |                   | 95.00                      |                   | 79.60                      |                   |
| Tres hijos      | 184.20                     |                   | 151.50                     |                   | 142.50                     |                   | 119.40                     |                   |
| Cada hijo adic. | 30.70                      |                   | 25.30                      |                   | 23.90                      |                   | 19.90                      |                   |

  

| 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 |                   |
|-----------------|----------------------------|-------------------|----------------------------|-------------------|----------------------------|-------------------|----------------------------|-------------------|
|                 | Asegurado Solo             | Asegurado Cónyuge |
| 18-25           | 106.03                     | 209.40            | 88.40                      | 174.10            | 83.90                      | 165.20            | 71.20                      | 140.10            |
| 26-29           | 114.10                     | 224.60            | 94.40                      | 185.90            | 89.90                      | 177.00            | 76.40                      | 150.50            |
| 30-34           | 126.90                     | 250.00            | 105.50                     | 207.70            | 100.10                     | 197.20            | 84.90                      | 167.10            |
| 35-39           | 148.80                     | 293.10            | 123.80                     | 243.90            | 117.70                     | 231.80            | 99.40                      | 195.70            |
| 40-44           | 163.70                     | 322.30            | 136.00                     | 268.00            | 129.20                     | 254.40            | 110.10                     | 216.80            |
| 45-49           | 187.20                     | 368.80            | 152.70                     | 300.80            | 146.50                     | 288.60            | 128.00                     | 252.10            |
| 50-54           | 247.70                     | 487.90            | 204.40                     | 402.70            | 195.70                     | 385.50            | 165.60                     | 326.20            |
| 55-59           | 285.70                     | 562.60            | 233.40                     | 459.80            | 227.00                     | 447.20            | 193.50                     | 381.10            |
| 60-62           | 436.80                     | 860.20            | 363.20                     | 715.40            | 345.00                     | 679.60            | 293.30                     | 577.70            |
| <b>Hijos</b>    |                            |                   |                            |                   |                            |                   |                            |                   |
| Un hijo         | 73.10                      |                   | 60.20                      |                   | 56.50                      |                   | 47.40                      |                   |
| Dos hijos       | 146.20                     |                   | 120.40                     |                   | 113.00                     |                   | 94.80                      |                   |
| Tres hijos      | 219.30                     |                   | 180.60                     |                   | 169.50                     |                   | 142.20                     |                   |
| Cada hijo adic. | 36.50                      |                   | 30.10                      |                   | 28.30                      |                   | 23.70                      |                   |

  

| 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 |                   |
|-----------------|----------------------------|-------------------|----------------------------|-------------------|----------------------------|-------------------|----------------------------|-------------------|
|                 | Asegurado Solo             | Asegurado Cónyuge |
| 18-25           | 113.80                     | 224.00            | 94.60                      | 186.20            | 89.80                      | 176.80            | 76.10                      | 149.90            |
| 26-29           | 122.00                     | 240.20            | 101.00                     | 198.90            | 96.20                      | 189.40            | 81.80                      | 161.00            |
| 30-34           | 135.80                     | 267.30            | 112.80                     | 222.30            | 107.10                     | 211.00            | 90.80                      | 178.80            |
| 35-39           | 159.20                     | 313.40            | 132.50                     | 260.90            | 125.90                     | 248.10            | 106.30                     | 209.40            |
| 40-44           | 175.10                     | 344.70            | 145.60                     | 286.70            | 138.20                     | 272.20            | 117.80                     | 232.00            |
| 45-49           | 200.40                     | 394.30            | 163.40                     | 321.80            | 156.80                     | 308.80            | 137.00                     | 269.80            |
| 50-54           | 265.10                     | 521.80            | 218.70                     | 430.90            | 209.40                     | 412.50            | 177.20                     | 349.00            |
| 55-59           | 305.70                     | 601.60            | 249.70                     | 492.00            | 242.90                     | 478.50            | 207.00                     | 407.70            |
| 60-62           | 467.30                     | 919.90            | 388.60                     | 765.40            | 369.10                     | 727.20            | 313.80                     | 618.10            |
| <b>Hijos</b>    |                            |                   |                            |                   |                            |                   |                            |                   |
| Un hijo         | 78.20                      |                   | 64.40                      |                   | 60.50                      |                   | 50.70                      |                   |
| Dos hijos       | 156.50                     |                   | 128.80                     |                   | 121.00                     |                   | 101.40                     |                   |
| Tres hijos      | 234.70                     |                   | 193.20                     |                   | 181.50                     |                   | 152.10                     |                   |
| Cada hijo adic. | 39.10                      |                   | 32.20                      |                   | 30.30                      |                   | 25.40                      |                   |

**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 |

**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 (Previa Cita)                                   | EKG               | TELÉFONOS         |
|---|-------------------|-------------------|
| Centro Médico Nacional<br><i>Dr. Rogelio Pérez Valdivieso</i> | Médico Autorizado | 398-2349          |
| Royal Center<br><i>Dr. Manuel Pereira</i>                     | Médico Autorizado | 223-8387          |
| Wellmed Clinic<br><i>Dr. Jorge Paz Rodríguez</i>              | Médico Autorizado | 269-1795          |
| Hospital Punta Pacífica<br><i>Dra. Daymé Quintero</i>         | Médico Autorizado | 204-8016          |
| Consultorios América<br><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<br>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**

**24** 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.bcbpma.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

# PLAN MÉDICO INTERNACIONAL

**Plan Médico Internacional**, es el producto más destacado y prestigioso del mercado, diseñado con la finalidad de ofrecer la mayor cantidad de beneficios y seguridad a los clientes más selectos y distinguidos, con un alcance internacional que brinda acceso a los más avanzados servicios médicos y hospitalarios a nivel mundial a través de **Blue Cross and Blue Shield**.

## TABLA DE BENEFICIOS

| MÁXIMO VITALICIO                        | B/. 1,000,000.00          |
|---|---------------------------|
| 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>       |

## OPCIONES I II III

| RECLUSIÓN EN EL HOSPITAL  |                                  |
|---|----------------------------------|
| 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 de 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                       |                                  |
|--|----------------------------------|
| Quimioterapias, Radioterapias y Hemodiálisis | <b>90%</b> después del deducible |
| Sesiones Ambulatorias- Previa Autorización   |                                  |

| 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                     |                                  |

| 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 tres (3), sin complicaciones  |
| • Ultrasonidos:  | <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<br>• <b>B/. 5,000.00</b><br>• <b>B/.30,000.00</b> por evento al <b>100%</b> |
| • En Panamá  |  |
| • Fuera de Panamá  |  |
| NIÑOS PREMATUROS – Niños nacidos bajo la póliza                      |  |

| ENFERMEDAD CONGÉNITA, HEREDITARIA O ADQUIRIDA DEL RECIÉN NACIDO |  |
|---|--|
| Del Recién Nacido en Póliza                                     | <b>B/.30,000.00</b> Máximo Vitalicio al <b>100%</b> para cada niño |

| SIDA             |                                     |
|------------------|-------------------------------------|
| Máximo Anual     | <b>B/. 5,000.00</b> al <b>100%</b>  |
| Máximo Vitalicio | <b>B/. 25,000.00</b> al <b>100%</b> |

| TRASTORNOS MENTALES Y NERVIOSOS |  |
|---------------------------------|--|
| Tratamientos Psiquiátricos      | <b>90%</b> después del deducible<br><b>B/. 1,000.00</b> Anual<br><b>B/. 25,000.00</b> Máximo Vitalicio |

| COBERTURA DENTAL ANUAL  |  |
|---|--|
| 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<br><b>B/.200.00</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/.500,000.00</b> Máximo Vitalicio al <b>100%</b> |

| MEDICINA PREVENTIVA  |  |
|--|--|
| <b>Niños:</b>  | <b>50%</b> sobre cargos URA, No aplica deducible   |
| - 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>Mujeres:</b>  | <b>50%</b> sobre cargos URA, No aplica deducible<br><b>50%</b> sobre cargos URA, No aplica deducible<br><b>B/.150.00</b> por Año |
| - 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<br><b>50%</b> sobre cargos URA, No aplica deducible<br><b>B/.150.00</b> por Año |
| <b>Hombres:</b>  | <b>50%</b> sobre cargos URA, No aplica deducible<br><b>50%</b> sobre cargos URA, No aplica deducible<br><b>B/.150.00</b> por Año |
| - 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   |  |

| SERVICIOS DE ENFERMERA PRIVADA, CUIDADO EN EL HOGAR Y TERMINALES O PALEATIVOS |   |
|---|---|
| Enfermera Privada: Previa Autorización  | <b>90%</b> después del deducible                                      |
| Hasta 30 sesiones con un máximo de ocho (8) horas c/u                         |   |
| Cuidados en el Hogar: Previa Autorización                                     | <b>90%</b> después del deducible<br>Máximo Diario de <b>B/.300.00</b> |
| Hasta 30 días   |   |

| 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<br>Máximo 90 días |

| GASTOS DE REPATRIACIÓN  |                                   |
|---|-----------------------------------|
| En caso que un Asegurado fallezca fuera de la República de Panamá | <b>B/.7,500.00</b> al <b>100%</b> |

| OPCIONES II III   |                                  |
|---|----------------------------------|
| ▶ <b>SERVICIOS AMBULATORIOS</b>   |                                  |
| ▶ En adición a los beneficios detallados, bajo estas opciones se cubre: |                                  |
| 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 anuales     |
| Exceso del Límite Anual   | Previa autorización              |

## OPCIÓN III

| SEGURO DE VIDA   |                     |
|--|---------------------|
| ▶ En adición a los beneficios detallados bajo las opciones I y II, esta opción cubre |                     |
| • Asegurado Principal  | <b>B/.50,000.00</b> |
| • Cónyuge  | <b>B/.25,000.00</b> |
| • Cada Hijo  | <b>B/.10,000.00</b> |

| INGRESO DIARIO POR HOSPITALIZACIÓN          |  |
|---|--|
| A partir del segundo día de hospitalización | <b>B/. 100.00</b><br><b>B/.36,500.00</b> |
| • Máximo Diario                             |  |
| • Máximo Vitalicio por Asegurado            |  |

| COBERTURA FUERA DE PANAMÁ  |  |
|--|--|
| • Sujeto a Previa Autorización y Aprobación por parte de la Compañía | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aplica condición médica del Asegurado en los casos electivos o programados, con excepción de pólizas con Endoso Premium</li> <li>• Requiere utilización de los proveedores dentro de la Red del Sistema Blue Cross and Blue Shield.</li> <li>• Deducibles: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Panamá, Colombia y Centroamérica: Aplica el deducible elegido ya sea por Urgencia Médica por accidente o enfermedad o por Casos Electivos y Programados.</li> <li>• Otros Países: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Urgencia Médica por Accidente y Enfermedad: Aplica el deducible de Panamá, Colombia y Centroamérica.</li> <li>- Tratamientos Electivos o Programados: Se duplica el deducible de Panamá, Colombia y Centroamérica con un mínimo de B/.5,000.00.</li> <li>- El deducible acumulado en Panamá, Colombia y Centroamérica no aplica para completar o acumular al deducible correspondiente a otros países</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul> |

| ENDOSO PREMIUM (OPCIONAL)  |  |
|--|--|
| • Triplica el límite estipulado en la Tabla de Beneficios para las coberturas de Niños Prematuros y Enfermedades Congénitas, Hereditarias y Adquiridas del Recién Nacido | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Otorga un 25% adicional de los montos usuales, razonables y acostumbrados para todos los beneficios cubiertos</li> <li>• Elimina el requisito de condición médica del asegurado para atenciones electivas o programadas fuera de Panamá</li> <li>• Costo: 10% adicional a lo detallado en la Tabla de Primas Mensuales</li> </ul> |