

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	146.00	287.50	120.90	238.20	114.80	226.10	97.30	191.80	92.50	182.20	82.70	163.00
26-29	156.50	308.40	129.10	254.40	123.00	242.20	104.50	205.90	99.30	195.60	88.80	175.00
30-34	174.20	343.20	144.30	284.30	137.00	269.90	116.10	228.70	110.30	217.30	98.70	194.40
35-39	204.20	402.30	169.40	333.80	161.00	317.30	135.90	267.80	129.10	254.40	115.60	227.60
40-44	224.60	442.50	186.10	366.70	176.70	348.20	150.60	296.70	143.00	281.80	128.00	252.20
45-49	257.00	506.30	209.00	411.60	200.50	395.00	175.20	345.10	166.40	327.80	148.90	292.30
50-54	340.00	669.90	279.80	551.10	267.80	527.60	226.60	446.40	215.30	424.10	192.60	379.50
55-59	392.10	772.40	319.40	629.30	310.70	612.00	264.70	521.50	251.50	495.50	225.00	443.30
60-62	599.50	1,180.90	497.00	979.10	472.20	930.20	401.40	790.70	381.30	751.10	341.10	672.00

Hijos						
Un hijo	88.70	72.80	68.40	57.40	51.60	46.40
Dos hijos	177.40	145.60	136.80	114.70	103.20	92.90
Tres hijos	266.00	218.40	205.20	172.10	154.80	139.40
Cada hijo adic.	44.30	36.40	34.20	28.70	25.80	23.20

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



APP Móvil



Descárgala en



¡DALE MÁS A TU SALUD!
800-BCBS • 265-7053 • www.bcbpsma.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 (Previa Cita)	EKG	TELÉFONOS
Centro Médico Nacional <i>Dr. Rogelio Pérez Valdivieso</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.bcbpsma.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.



ULTIMATE
PLAN MÉDICO
INTERNACIONAL



Todo lo que necesites cuando lo necesites

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

▶ TABLA DE BENEFICIOS

▶ ANUAL RENOVABLE	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:	No Aplica

▶ RECLUSIÓN EN EL HOSPITAL - Pre Autorización

Habitación Privada en Panamá, Colombia y Centroamérica	Panamá, Colombia y Centroamérica 100% no aplica deducible
Habitación Semi-Privada en Otros Países	
Cuidados Intensivos	
Servicios Hospitalarios (Cargos Misceláneos). Exámenes mayores a B/.200.00 - Previa Autorización	Otro País: 100% después del deducible
Cirugía: Honorarios Médicos y Asistente Quirúrgico- Previa Autorización	
Anestesia: Honorarios Médicos- Previa Autorización	
Visitas Intrahospitalarias: Honorarios Médicos	
<ul style="list-style-type: none"> Médico Tratante - Una (1) visita al día En exceso Previa Autorización Médico Especialista- Previa Autorización 	

▶ SERVICIOS AMBULATORIOS

Consultas Externas	100% después del deducible
Rayos X y Laboratorios	100% después del deducible
Exámenes Especiales (Prevía Autorización)	100% después del deducible
Medicamentos Recetados	100% después del deducible
Acupuntura	100% después del deducible
<ul style="list-style-type: none"> Máximo Anual Máximo Vitalicio 	Cinco (5) tratamientos Veinte (20) tratamientos
Quiropráctica	100% después del deducible
<ul style="list-style-type: none"> Máximo anual 	Veinte (20) sesiones
Terapias Físicas y de Rehabilitación	100% después del deducible
<ul style="list-style-type: none"> Máximo Anual Exceso del Límite Anual (Prevía autorización) 	Veinte (20) sesiones

▶ SERVICIOS AMBULATORIOS

Quimioterapias, Radioterapias y Hemodiálisis Sesiones Ambulatorias- Previa Autorización	100% después del deducible
Equipo Médico Durable	100% después del deducible B/. 10,000.00 Máximo vitalicio
Exoprótesis u Órtesis: Brazos, manos, piernas y pies artificiales. - Previa Autorización	100% no aplica al deducible B/. 100,000.00 Máximo vitalicio al 100% B/. 25,000.00 Máximo anual al 100%

▶ CUARTO DE URGENCIAS

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

▶ CIRUGÍA AMBULATORIA - Pre Autorización

Honorarios Médicos	Panamá, Colombia y Centroamérica 100% no aplica deducible
Cargos Misceláneos	Otro País: 100% después del deducible

▶ MATERNIDAD

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

Reclusión en el Hospital: Incluye Habitación Tipo Suite- Previa Autorización	Panamá, Colombia y Centroamérica 100% no aplica deducible Otro País 100% después del deducible
Servicios Ambulatorios	100% después del deducible
<ul style="list-style-type: none"> Consultas Pre-Natales Ultrasonidos 	Sin Límite
Período de Espera	Doce (12) meses para cubrir gastos, a partir de la fecha de inclusión de la Asegurada
Máximo por Evento	<ul style="list-style-type: none"> En Panamá Fuera de Panamá
Almacenamiento de Células Madre	50% después del deducible B/. 3,000.00 por evento
Niños prematuros-Niños nacidos bajo la póliza	B/. 100,000.00 por evento al 100%

▶ ENFERMEDAD CONGÉNITA, HEREDITARIA O ADQUIRIDA

Del Recién Nacido en Póliza	B/. 150,000.00 Máximo Vitalicio al 100% para cada niño
Del No Nacido en la Póliza Período de espera de dos años	100% después del deducible B/. 150,000.00 Máximo Vitalicio

▶ SIDA

Máximo Anual	B/. 50,000.00 al 100%
Máximo Vitalicio	B/. 250,000.00 al 100%

▶ TRASTORNOS MENTALES Y NERVIOSOS

Tratamientos Psiquiátricos	100% después del deducible B/. 5,000.00 Anual B/. 50,000.00 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	100% después del deducible B/. 5,000.00 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/. 1,000,000.00 Máximo Vitalicio al 100%
--	--

▶ MEDICINA PREVENTIVA: SÓLO APLICA EN PANAMÁ

Niños: - 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	100% sobre cargos URA, No aplica deducible
Mujeres: - 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	100% sobre cargos URA, No aplica deducible 100% sobre cargos URA, No aplica deducible Máximo de B/. 300.00 por Año
Hombres: - 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	100% sobre cargos URA, No aplica deducible 100% sobre cargos URA, No aplica deducible Máximo de B/. 300.00 por Año
Dental: Limpieza (Profilaxis)	100% sobre cargos URA, No aplica deducible

▶ 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	100% después del deducible
Cuidados en el Hogar: Previa Autorización Hasta 30 días	100% después del deducible Máximo Diario de B/. 300.00
Cuidado Terminales o Paleativos: Previa Autorización Hasta 60 días	100% después del deducible Máximo Diario de B/. 300.00

▶ AMBULANCIA

Terrestre	100% después del deducible, sin límite
Aérea	100% después del deducible, sin límite
Ambulancia privada para emergencias	100% afiliación incluida en Panamá

▶ PASAJE AÉREO

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

▶ HOSPEDAJE DE UN ACOMPAÑANTE

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

▶ GASTOS DE REPATRIACIÓN

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

▶ EXONERACIÓN DEL PAGO DE PRIMAS

Para los dependientes asegurados, en caso de fallecimiento del Asegurado Principal, por condición cubierta por la póliza	100% de la prima por período de 12 meses
--	---

▶ SEGURO DE VIDA

<ul style="list-style-type: none"> Asegurado Principal 	B/. 50,000.00
<ul style="list-style-type: none"> Cónyuge 	B/. 25,000.00
<ul style="list-style-type: none"> Cada Hijo 	B/. 10,000.00

▶ INGRESO DIARIO POR HOSPITALIZACIÓN

Asegurado Principal solamente, a partir del segundo día de hospitalización	
<ul style="list-style-type: none"> Máximo Diario 	B/. 100.00
<ul style="list-style-type: none"> Máximo Vitalicio 	B/. 10,000.00

▶ BENEFICIOS ADICIONALES

Cobertura Óptica- Compra de Anteojos Recetados	B/ 200.00 Máximo anual al 100%
Cobertura de Nutricionista	B/ 250.00 Máximo anual al 100%

▶ 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)

- Triplica 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