REQUISITOS PARA SOLICITANTES DE PÓLIZAS DE SALUD

PANAMEÑOS

40 a 45 años (Hombre / Mujer):
Hemograma Completo, Urinálisis, Perfil Lipídico, Glicemia en Ayuna, VIH (Sida).
Costo de Laboratorios: B/. 45.50

46 a 62 años (Hombre / Mujer):
Hemograma Completo, Urinálisis, Perfil Lipídico, Glicemia en Ayuna, PSA en Sangre (solo Hombres), Prueba de Nicotina, VIH (Sida), Examen Físico y EKG.
Costos de Laboratorios:
Mujeres B/. 56.70 / Hombres B/. 74.20
Con Examen Físico y EKG:
Mujeres B/. 106.70 / Hombres B/. 124.20

Niños de 0 a 3 años Presentar Informe Pediátrico

EXTRANJEROS

18 a 30 años (Hombre / Mujer):
Hemograma Completo, Urinálisis, Perfil Lipídico, Glicemia en Ayuna, VIH (Sida) y Examen Físico.
Costos de Laboratorios: B/. 46.00
Con Examen Físico: B/. 71.00

31 a 49 años (Hombre / Mujer):
Hemograma Completo, Urinálisis, Perfil Lipídico, Glicemia en Ayuna, VIH (Sida), Examen Físico, HB-HC (Hepatitis), Prueba de Nicotina, PSA en Sangre (solo Hombres), EKG (solo mayores de 45 años).
Costos de Laboratorios:
Mujeres B/. 79.00 / Hombres B/. 95.00
Con Examen Físico y EKG:
Mujeres (hasta 44 años) B/. 104.00
Hombres (hasta 44 años) B/. 120.00
Mujeres (de 45 años o más) B/. 129.00
Hombres (de 45 años o más) B/. 145.00

50 a 62 años (Hombre / Mujer):
Hemograma Completo, Urinálisis, Perfil Lipídico, Glicemia en Ayuna, Creatinina, VIH (Sida), HB-HC (Hepatitis), Prueba de Nicotina, PSA en Sangre (solo Hombres), Examen Físico y Prueba de Esfuerzo.
Costos de Laboratorios:
Mujeres B/. 95.90 / Hombres B/. 113.00
Costo con Examen Físico y Prueba de Esfuerzo:
Mujeres B/. 245.90 / Hombres B/. 263.00

Niños extranjeros de 0 a 10 años Presentar Informe Pediátrico

MÉDICOS AUTORIZADOS	Examen Físico	EKG	Teléfono
Dr. Diógenes Giraldo Clínica San Fernando	B/. 25.00	B/. 25.00	305-6363
Dr. Rogelio Pérez Valdivieso Centro Médico Nacional	B/.20.00	B/.25.00	225-7649
Dr. Jorge Paz Rodríguez Wellmed Clinic	B/.25.00	B/.25.00	269-1795
Clínica MiniMed	B/.20.00	B/.25.00	830-5800

LABORATORIOS AUTORIZADOS	Teléfono
Laboratorio Clínico Raly	264-4342
Laboratorio Clínico Fernández	269-4413
Laboratorio Clínico Serviloo America Lab	229-1365
Laboratorio Clínico de MiniMed	263-6464
Laboratorio Clínico Inmuno+Pro (Vía España)	229-5592

PRUEBA DE ESFUERZO: (Requiere cita previa)		Teléfono
Centro Cardiovascular Hospital Punta Pacífica	B/. 125.00	204-8072
Laboratorio Cardiovascular San Fernando	B/. 125.00	229-0521

PRIMAS MENSUALES

Edades	Deducibles		
	Sin Deducible	B/.5,000.00	B/.10,000.00
18 a 25	B/.33.00	B/.20.00	B/.15.20
26 a 29	B/.34.80	B/.21.20	B/.16.30
30 a 34	B/.36.90	B/.23.30	B/.17.90
35 a 39	B/.44.40	B/.25.90	B/.20.20
40 a 44	B/.50.50	B/.31.20	B/.23.80
45 a 49	B/.54.60	B/.33.80	B/.27.20
50 a 54	B/.64.90	B/.52.00	B/.39.20
55 a 59	B/.75.90	B/.64.00	B/.48.00
60 a 64	B/.115.00	B/.100.00	B/.74.00
65 a 69	B/.146.00	B/.119.80	B/.89.90
70 o más	B/.173.00	B/.141.20	B/.109.00
Hijos			
Cada Uno	B/.25.00	B/.15.00	B/.10.00

No incluyen el 5% de impuesto

Las primas correspondientes al Asegurado Principal y su Cónyuge se calcularán sobre la edad alcanzada o edad actual al momento de la efectividad del seguro y las mismas serán aplicadas en la renovación correspondiente de cada aniversario / renovación de la póliza.

FRECUENCIA Y FORMAS DE PAGO

Frecuencia de pago mensual	Descuento bancario ACH (cuenta corriente y de ahorro) Tarjeta de crédito (Visa, MasterCard y Amex)
Pagos voluntarios, solo si la frecuencia de pago es:	Trimestral Semestral Anual

BlueCross BlueShield Panama

www.bcbspma.com

NUESTRAS OFICINAS

SEDE PRINCIPAL: Calle 50, Edificio Plaza Credicorp Bank, piso 17, local 1703.

DEPARTAMENTO DE SALUD: Recepción: 206-4200 / 206-4201
Servicio al cliente (reclamos): 206-4226 / 206-4287
Preautorizaciones: 206-4272 / 206-4252
preautorizaciones@iseguros.com
FAXES: Producción 210-0181
Reclamos y preautorización: 210-1077

Para mayor información, consulte con su Corredor de Seguros o sírvase contactar a nuestra Línea de Asistencia 24 horas 800-2227 (BCBS) o 265-7053

SUCURSALES

CENTENNIAL PLAZA: Local No. 2, Vía Puente Centenario / Teléfono: 830-6165

LOS PUEBLOS: Centro Comercial Los Pueblos, Local 30F / Teléfono: 217-8761 / Fax: 217-8076

DAVID: Barriada Doleguita, Ave. 3era. Oeste
Teléfono: 777-7500 / Fax: 775-3050

LA CHORRERA: Ave. de las Américas, Edif. No. 3939, Mezanine / Teléfono: 253-3252 / Fax: 253-7973

CHITRÉ: Ave. Carmelo Spadafora
Teléfono: 996-4655 / Fax: 996-3210

COLÓN: Zona Libre, Manzana No. 20, Edificio 32, Calle 17 y Calle F / Teléfono: 441-1393

AGUADULCE: Ave. Rodolfo Chiari
Teléfono: 997-4209 / Fax: 997-4257

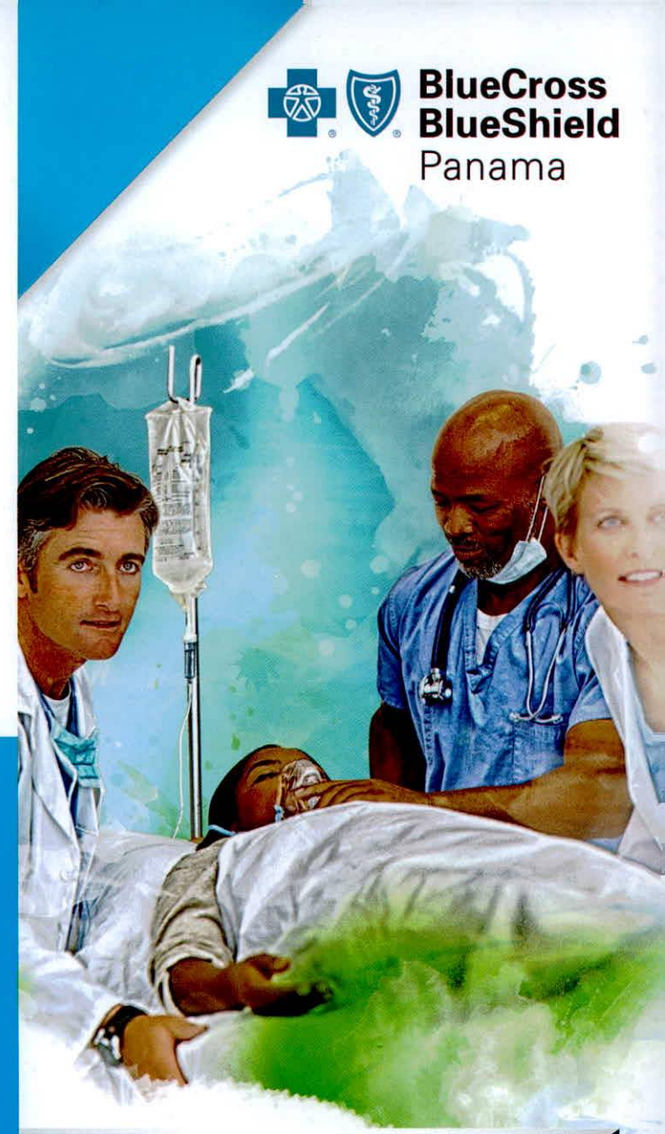
SANTIAGO: Ave. Central, edif. Credicorp Bank, planta baja / Teléfono: 998-3950 / 2853 / Fax: 998-4270

Esta información se debe tomar solo como ilustración, para los términos y condiciones contractuales, refiérase al Contrato Póliza.

Enero 2015

Regulado y Supervisado por la Superintendencia de Seguros y Reaseguros de Panamá

BlueCross BlueShield Panama



XTREMECARE

CON EL RESPALDO DE Internacional de Seguros

Suscrito y administrado por Cía. 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.

BlueCross BlueShield Panama

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

XTREME CARE

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.

¿Quiénes pueden disfrutar de los beneficios de Xtreme Care?

Personas entre 18 y 62 años.

Hijos desde los 10 días de nacidos hasta los 18 años, con extensión hasta los 23 años por estudios universitarios.

Personas con residencia permanente en la República de Panamá.

Todos estas ventajas convierten al plan Xtreme Care en uno de los más atractivos del mercado.

¡No lo piense más, afíliese y siéntase seguro en nuestras manos!

Límite Máximo Vitalicio por Asegurado

B/.1,000,000.00

Cobertura — **Local e Internacional**

Red de Proveedores:
Local — Medired
Internacional — BCBS – Red PPO
Deductible por Año Póliza por Asegurado:

Alternativas

	PANAMÁ Y CENTROAMÉRICA	USA Y OTROS PAÍSES
A.	Sin Deducible	B/.5,000.00
B.	B/.5,000.00	B/.10,000.00
C.	B/.10,000.00	B/.20,000.00

ENFERMEDADES O CONDICIONES CUBIERTAS:	
BENEFICIOS CUBIERTOS: Serán pagaderos hasta los Límites Máximos Anuales por Asegurado establecidos para cada una de las enfermedades o condiciones cubiertas y hasta el Límite Máximo Vitalicio por Asegurado.	
Enfermedades Neurológicas (incluye accidentes cerebrovasculares)	B/.200,000.00
Cirugía Cardíaca y Angioplastia	B/.200,000.00
Cáncer (incluye quimioterapia, radioterapia y cirugía reconstructiva)	B/.250,000.00
Politraumatismo (incluye rehabilitación y cirugía reconstructiva)	B/.150,000.00
Insuficiencia Renal Crónica (incluye hemodiálisis)	B/.150,000.00
Quemaduras de Tercer Grado (incluye cirugía reconstructiva)	B/.350,000.00
Trasplante de Órganos	
• Corazón	B/.300,000.00
• Corazón y Pulmón	B/.350,000.00
• Pulmón	B/.300,000.00
• Páncreas	B/.300,000.00
• Páncreas y Riñón	B/.350,000.00
• Riñón	B/.250,000.00
• Hígado	B/.250,000.00
• Médula Ósea	B/.300,000.00

RECLUSIÓN EN EL HOSPITAL - REQUIERE PRE-AUTORIZACIÓN	
Cuarto y Alimentación Diario: Habitación Privada en Panamá / Centroamérica y Semi-Privada en otros países	100%, después del Deducible
Cuidado Intensivo	100%, después del Deducible
Servicios Hospitalarios (cargos misceláneos) Exámenes con costos mayores de B/.200.00	100%, después del Deducible
Cirugía (Honorarios Médicos) Cirujano Asistente	100%, después del Deducible
Anestesiólogo (Honorarios Médicos) Anestesiólogo Asistente	100%, después del Deducible
Visitas Intrahospitalarias (Honorarios Médicos)	
Médico Tratante - Una (1) visita al día, más de una requiere Pre-Autorización	100%, después del Deducible
Médico Adicional - requiere Pre-Autorización	

SERVICIOS AMBULATORIOS: Contra Reembolso	
Consulta Externa con Médico General y Especialista	100%, después del Deducible
Rayos X y Laboratorios - Exámenes cuyo costo en conjunto sea mayor de B/.100.00 requieren Pre-Autorización	100%, después del Deducible
Exámenes Especiales – Requieren Pre-Autorización	100%, después del Deducible
Medicamentos recetados	100%, después del Deducible
Terapias Físicas y de Rehabilitación Máximo de sesiones al año En exceso del máximo de sesiones al año	100%, después del Deducible Veinte (20) sesiones Sujeto a Pre-autorización
Quimioterapias, Radioterapias y Hemodiálisis Sesiones Ambulatorias – Requieren Pre-Autorización	100%, después del Deducible
Equipo Médico Durable Requiere Pre-Autorización	100%, después del Deducible Límite Máximo Vitalicio B/. 2,500
Exoprótesis u Ortesis: Brazos, manos, piernas y pies artificiales. Previa Autorización.	100%, después del Deducible Límite Máximo Anual B/. 25,000 Límite Máximo Vitalicio B/ 50,000

CUARTO DE URGENCIA	
Accidente y Enfermedades Cubiertas	100%, después del Deducible

CIRUGÍA AMBULATORIA – Requiere Pre-Autorización	
Realizadas en el Hospital, Clínicas o Centro de Cirugía Ambulatoria (Cargos Misceláneos y Honorarios Médicos)	100%, después del Deducible
Realizada en el Consultorio Médico (Cargos Misceláneos y Honorarios Médicos)	100%, después del Deducible

ENFERMEDADES CONGÉNITAS, HEREDITARIAS O ADQUIRIDAS	
Cubiertos bajo la póliza Período de Espera 2 años	100%, después del Deducible Límite Máximo Vitalicio B/. 30,000

TRASTORNOS MENTALES Y NERVIOSOS (PSIQUIÁTRICOS): Contra Reembolso	
Tratamientos de Psiquiatría del Asegurado Afectado por enfermedades o condiciones cubiertas.	100% después del Deducible Límite Máximo Anual B/. 1,000.00 Límite Máximo Vitalicio B/. 25,000.00

SERVICIOS PRIVADOS DE ENFERMERÍA	
Hasta 30 sesiones con máximo de 8 horas por sesión, por enfermedad o condición médica cubierta. Requiere Pre-Autorización	100%, después del Deducible

AMBULANCIA	
Local: Terrestre o Aérea (Requiere Pre-Autorización)	100%, después del Deducible Máximo por Evento B/. 1,500.00
Internacional: Terrestre o Aérea (Requiere Pre-Autorización)	100%, después del Deducible Máximo por Evento B/. 30,000.00

PASAJE AÉREO	
Asegurado y un Acompañante Solo en caso de necesidad médica, previa Autorización	100%, después del deducible Pasaje aéreo de ida y vuelta Clase Económica

HOSPEDAJE DE UN ACOMPAÑANTE	
Solo aplica por días de hospitalización del Asegurado Solo en caso de necesidad médica. Previa Autorización	100%, después del deducible B/.120.00 diarios Máximo 90 días

GASTOS DE REPATRIACIÓN	
En caso que un Asegurado fallezca fuera de la República de Panamá	100%, después del deducible hasta B/. 10,000.00

SERVICIOS FUERA DE LA RED DE PROVEEDORES EN PANAMÁ	
Aplica para todos los beneficios detallados en esta tabla	Reembolso del 60%, sobre los costos pactados con los Proveedores en Panamá

COBERTURA FUERA DE PANAMÁ

- Aplica para los beneficios en la Tabla de Beneficios.
- Al 100% después del deducible que aplique.
- Sujeto a Previa Autorización y Aprobación por parte de la Compañía.
- Sujeto a utilización de proveedores dentro de la Red del Sistema **Blue Cross and Blue Shield** (PPO).
- Deducibles que aplique:
  - **Panamá y Centroamérica**
  - **Otros Países**
- El deducible acumulado en Panamá y Centroamérica, no aplica para completar o acumular al deducible correspondiente a otros países.