

BENEFICIOS MÁXIMOS REEMBOLSABLES

MÁXIMO ANUAL RENOVABLE

Cobertura
 Red de Proveedores
 Deducible por Año Póliza por Asegurado: Panamá, Centroamérica y Colombia
 Deducible por año Póliza por Asegurado: Otros Países
 - Deducible para Urgencias por Accidente o Enfermedad
 - Deducible para Casos Electivos o Programados
 Sopt Loss por Año Póliza por Asegurado. Límite máximo anual del Asegurado en concepto de Co-Aseguro, de todos los gastos cubiertos bajo la póliza, el excedente se reembolsará al 100%
 - En Panamá, Centroamérica y Colombia
 - Fuera de Panamá

RECLUSIÓN EN EL HOSPITAL (Requiere Pre-Autorización)

- a. Cuarto y Alimentación Diario
- b. Cuidado Intensivo Diario
- c. Servicios Hospitalarios (Cargos Misceláneos)
 Exámenes con costos mayores de B/.200.00 requieren Pre-Autorización
- d. Cirugía (Honorarios Médicos)
 Cirujano Asistente - Requiere Pre-utorización
- e. Anestesia (Honorarios Médicos)
- f. Visitas Intrahospitalarias (Honorarios Médicos)
 - Médico Tratante (1 visita al día, más de 1 requiere pre-autorización)
 - Médico Adicional (Requiere Pre-autorización)

SERVICIOS AMBULATORIOS

- Consulta Externa en Clínica Satélite con Médico General
- Consulta Externa en Clínica Satélite con Médico Especialista
- Consulta Externa con Médico General - Red de Proveedores
- Consulta Externa con Médico Especialista - Red de Proveedores
- Consulta Externa con Sub Especialista Detallado
- Rayos X y Laboratorios (Exámenes cuyo costo en conjunto sea mayor de \$100.00 requieren Preautorización)
- Exámenes Especiales (Requiere Pre-autorización)
- Medicamentos Recetados
 Innovador o Comercial
 Bioequivalente o Genérico

MEDIRED INFINITY

\$300,000
 Local, Centroamérica y Colombia
 Medired (Local) / BCBS Red PPO
 \$300.00
 No Aplica
 No Aplica
 No Aplica
 \$5,000.00
 No Aplica

CO-PAGO POR EVENTO

San Fernando y Santa Fe	B/.200.00
Punta Pacífica	B/.350.00
Hospital Paitilla	B/.300.00
Nacional	B/.300.00
Interior y Colón	B/.150.00

Máximo diez (10) días
 A partir del décimo primer día (11) se pagarán al 80% (coaseguro 20%)

Sin Co-Pago
 Co-Pago de B/.10.00
 Co-Pago de B/.12.00
 Co-Pago de B/.20.00
 Co-Pago de B/.25.00
 Co-Pago del 25%
 Co-Pago del 30%
 Reembolso del 80%, aplica deducible
 Reembolso del 90%, aplica deducible

ELITE INFINITY

\$500,000
 Local e Internacional
 Medired (Local) / BCBS Red PPO (Int)
 \$300
 \$1,000.00
 \$5,000.00
 \$5,000
 \$10,000

CO-PAGO POR EVENTO

San Fernando y Santa Fe	B/.250.00
Punta Pacífica	B/.400.00
Hospital Paitilla	B/.300.00
Nacional	B/.300.00
Interior y Colón	B/.200.00

Máximo diez (10) días
 A partir del décimo primer día (11) se pagarán al 80% (coaseguro 20%)

Sin Co-Pago
 Co-Pago de B/.10.00
 Co-Pago de B/.12.00
 Co-Pago de B/.20.00
 Co-Pago de B/.25.00
 Co-Pago del 25%
 Co-Pago del 30%
 Reembolso del 80%
 Reembolso del 80%, aplica deducible
 Reembolso del 90%, aplica deducible

BENEFICIOS MÁXIMOS REEMBOLSABLES	MEDIRED INFINITY	ELITE INFINITY
Acupuntura (Requiere Pre-autorización)	Co-Pago de B/.15.00 por Sesión	Co-Pago de B/.15.00 por Sesión
- Máximo al Año	Cinco (5) Sesiones	Cinco (5) Sesiones
- Máximo Vitalicio	Veinte (20) Sesiones	Veinte (20) Sesiones
Quiropráctica (Requiere Pre-autorización)	Co-Pago de B/.15.00 por Sesión	Co-Pago de B/.15.00 por Sesión
- Máximo al Año	Veinte (20) Sesiones	Veinte (20) Sesiones
Terapias Físicas y de Rehabilitación - Requiere Pre-Autorización	Sin Limite. Co-Pago de B/10.00 por Evento	Sin Limite. Co-Pago de B/10.00 por Evento
Inhaloterapias o Nebulizaciones	Co-Pago B/.10.00 por Sesión	Co-Pago B/.10.00 por Sesión
Quimioterapias, Radioterapias y Hemodiálisis (Sesiones Ambulatorias - Requieren Pre-autorización)	Co-Pago del 30% por Sesión	Co-Pago del 30% por Sesión
Equipo Médico Durable - Requiere Pre-Autorización	NO APLICA	80% Después del Deducible hasta un Máximo Vitalicio de \$2,500.00
CUARTO DE URGENCIAS		
Panamá	Sin Límite	Sin Límite
Accidente y Enfermedades Críticas Detalladas (*)	100%, sin Co-Pago	100%, sin Co-Pago
Enfermedad No Crítica Detallada	Co-Pago de B/.75.00	Co-Pago de B/.75.00
CIRUGIA AMBULATORIA (Requiere Pre-Autorización)		
- Realizadas en el Hospital, Clínica o Centro de Cirugía Ambulatoria (Cargos Misceláneos y Honorarios Médicos)	Sin Límite	Sin Límite
Hospital San Fernando, Santa Fé y Centros Ambulatorios	Co-Pago B/.200.00 por Evento	Co-Pago B/.200.00 por Evento
Hospital Punta Pacífica	Co-Pago B/.350.00 por Evento	Co-Pago B/.350.00 por Evento
Hospital Paitilla	Co-Pago B/.250.00 por Evento	Co-Pago B/.250.00 por Evento
Hospital Nacional	Co-Pago B/.250.00 por Evento	Co-Pago B/.250.00 por evento
Colón e Interior del País	Co-Pago B/.150.00 por evento	Co-Pago B/.150.00 por evento
- Realizadas en el Consultorio del Médico (Cargos Misceláneos y Honorarios Médicos)	Co-Pago del 30% por evento	Co-Pago del 30% por evento
MATERNIDAD		
Período de Espera PARA INICIAR EL EMBARAZO	12 meses para quedar embarazada, se cubrirá siempre y cuando el embarazo haya iniciado el primer día del 13o mes.	12 meses para quedar embarazada, se cubrirá siempre y cuando el embarazo haya iniciado el primer día del 13o mes
Máximo por Embarazo	B/.4,000.00 por embarazo	B/.7,500.00 por embarazo
Cubre Gastos Prenatales y de Alumbramiento		

BENEFICIOS MÁXIMOS REEMBOLSABLES	MEDIRED INFINITY	ELITE INFINITY
<ul style="list-style-type: none"> - Consultas Pre-Natales: Máximo 8 consultas por embarazo - Ultrasonidos: Sin Límite - Ultrasonidos 4D: Requiere Pre-Autorización - Laboratorios - Monitores Fetales - Medicamentos y Vitaminas - Hospitalización - Privada <ul style="list-style-type: none"> Incluye: Anestesia (Epidural) en Parto Normal Salpingectomía <p>a. GASTOS DE NIÑO SANO Tamizaje Neonatal Completo Circuncisión - Requiere Pre-Autorización</p> <p>b. Recien Nacidos Prematuros</p>	<ul style="list-style-type: none"> Co-Pago de B/.20.00 Co-Pago de 25% No Aplica Co-Pago de 25% Co-Pago de 25% Reembolso del 80% o 90% después del Deducible Co-Pago según hospitalización Se Cubre 100% No Aplica B/.10,000.00 al 100% por Evento B/.200.00 al 100% Bajo la Hospitalización - 100% B/.15,000.00 al 100% por evento 	<ul style="list-style-type: none"> Co-Pago de B/.20.00 Co-Pago de 25% Co-Pago de 25% Co-Pago de 25% Co-Pago de 25% Reembolso del 80% o 90% después del Deducible Habitación Suite - Co-Pago según Hospitalización Se Cubre 100% 100% hasta B/.1,000.00 B/.10,000.00 al 100% por Evento B/.200.00 al 100% Bajo la Hospitalización - 100% B/.20,000.00 al 100% por evento
ENFERMEDAD CONGENITA, HEREDITARIA O ADQUIRIDA DEL RECIEN NACIDO		
Recién Nacidos Cubiertos bajo la póliza (Aplica desde el primer día de nacido)	B/.30,000.00 Máximo Vitalicio al 100% por cada niño	B/.30,000.00 Máximo Vitalicio al 100% por cada niño
SIDA		
Máximo por Año Póliza Máximo Vitalicio	B/.5,000.00 al 100% B/.25,000.00 al 100%	B/.5,000.00 al 100% B/.25,000.00 al 100%
BENEFICIO DE PSIQUIATRIA		
Máximo por Año Póliza Máximo Vitalicio	B/.5,000.00 al 100% B/.25,000.00 al 100%	B/.5,000.00 al 100% B/.25,000.00 al 100%
COBERTURA DENTAL		
Máximo por Año Póliza	B/.250.00 al 100%	B/.500.00 al 100%
TRANSPLANTE DE ORGANOS Y TEJIDOS		
Máximo Vitalicio	80% sin aplicar deducible B/. 150,000.00	80% sin aplicar deducible B/. 250,000.00
SERVICIOS PRIVADOS DE ENFERMERIA		
Requiere Pre-autorización	100%, límite 30 sesiones máximo 8 horas cada sesión	100% hasta 30 sesiones máximo 8 horas cada sesión

BENEFICIOS MÁXIMOS REEMBOLSABLES	MEDIRED INFINITY	ELITE INFINITY
AMBULANCIA <i>Local:</i> Terrestre Aérea (Requiere Pre-Autorización) <i>Internacional:</i> Terrestre o Aérea (Requiere Pre-autorización) Ambulancia Privada para Emergencias	B/.300.00 al 100% B/.2,500.00 al 100% No Aplica 100% Afiliación incluida en Panamá	B/.300.00 al 100% B/.2,500.00 al 100% 80% sin aplicar deducible hasta B/.10,000.00 100% Afiliación incluida en Panamá
MEDICINA PREVENTIVA / DENTRO DE LA RED Niños Sanos 0 a 6 años - Consulta de Control - Vacunas (BCG, Difteria + Tétano, DT aP, Hepatitis A, Hepatitis B, Hib Titer, MMR, Neumococo, Polio IM, Rotavirus, Varicela, VPH niños y niñas (3 aplicaciones) - Exámenes de Control Anual (Hemograma, Heces, Urinálisis, Glucosa)	Co-Pago del 50% NO APLICA	Co-Pago del 50%
Mujeres (No aplica a hijas dependientes) - Cita de Control anual y Papanicolau - Mamografía anual a partir de los 40 años Examen Anual de Contro (A partir de los 45 años) Hemograma, Urinalisis, Perfil Lipidico, Nitrógeno de Urea, Glicemia, Rayos X del Toráx, EKG y Examen Físico,	Co-Pago del 50% NO APLICA	Co-Pago del 50% B/.100.00 al 100%
Hombres - Antígeno Prostático anual a partir de los 40 años (PSA) Examen Anual de Contro (A partir de los 45 años) Hemograma, Urinalisis, Perfil Lipidico, Nitrógeno de Urea, Glicemia, Rayos X del Toráx, EKG y Examen Físico,	Co-Pago del 50% NO APLICA	Co-Pago del 50% B/.100.00 al 100%
GASTOS DE REPATRIACIÓN En caso que un Asegurado fallezca fuera de la República de Panamá	No aplica	B/.5,000 al 100%
EXONERACION DEL PAGO DE PRIMAS En caso del fallecimiento del Asegurado Principal	100% de la prima por periodo de tres (3) meses	100% de la prima por periodo de tres (3) meses
COBERTURA FUERA DE PANAMA	<ul style="list-style-type: none"> • Aplica para los beneficios en la Tabla de Beneficios (con excepción de Medicina Preventiva) hasta los límites indicados. • Aplica al 80% después del deducible que aplique, con excepción del Cuarto de Urgencias por Accidentes o Enfermedades Críticas 	<ul style="list-style-type: none"> • Aplica para los beneficios en la Tabla de Beneficios (con excepción de Medicina Preventiva) hasta los límites indicados. • Aplica al 80% después del deducible que aplique, con excepción del Cuarto

BENEFICIOS MÁXIMOS REEMBOLSABLES

--

MEDIRED INFINITY

Detalladas, el cual será cubierto contra reembolso al 100% sin deducible.

- Gastos por Servicios Ambulatorios aplican contra reembolso.
- Sujeto a Previa Autorización y Aprobación por parte de la Compañía, así como a la condición Médica del Asegurado en los casos electivos o programados.
- Sujeto a utilización de proveedores dentro de la Red del Sistema Blue Cross and Blue Shield (PPO)
- Deducibles:
Panamá, Centroamérica y Colombia: Aplica para todos los gastos médicos incurridos y cubiertos dentro del territorio de la República de Panamá, cualquier país de Centroamérica y Colombia, ya sean por Urgencias o por casos Electivos y Programados, según se detalla en esta tabla.

ELITE INFINITY

de Urgencias por Accidentes

Enfermedades Críticas Detalladas, el cual será cubierto contra reembolso al 100% sin estar sujeto al deducible.

- Gastos por Servicios Ambulatorios aplican contra reembolso.
- Casos Electivos o programados, sujeto a condición médica del asegurado y previa aprobación por parte de la Compañía.
- Sujeto a utilización de proveedores dentro de la Red del Sistema Blue Cross and Blue Shield (PPO)
- Deducibles:
o Panamá, Centroamérica y Colombia: Aplica para todos los gastos médicos incurridos y cubiertos dentro del territorio de la República de Panamá, cualquier país de Centroamérica y Colombia, ya sean por Urgencias o por casos Electivos y Programados, según se detalla en esta tabla.
o Otros Países: Aplica para todos los gastos médicos incurridos y cubiertos en cualquier país del mundo con excepción de Panamá, Centroamérica y Colombia según se detallan en esta tabla.
El deducible acumulado en Panamá, Centroamérica y Colombia, no aplica para completar o acumular al deducible correspondiente a otros países.

BENEFICIOS ADICIONALES

COBERTURA DE ALERGIAS (Máximo por Año Póliza)

NUTRICIONISTA (Máximo por Año Póliza)

B/.250.00 al 100%

NO APLICA

B/.500.00 al 100%

B/.200.00 al 100%

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 Afiliados en Panamá

Reembolso del 60%, sobre los costos pactados con los Proveedores Afiliados en Panamá

CONDICIONES CATASTRÓFICAS

Condiciones: Enfermedades y/o Procedimientos Cardiovasculares, Cirugías por Condiciones Hemato-Oncológicas de cualquier tipo (Cáncer), Cirugías Ortopédicas Mayores, Enfermedades Neurológicas y Procedimientos Neuroquirúrgicos, Cirugías por Traumas Mayores (Politraumatismo - Incluyendo Rehabilitación)

BENEFICIOS MÁXIMOS REEMBOLSABLES	MEDIRED INFINITY	ELITE INFINITY
Rango de Edades	Primas Mensuales / No incluye 5%	
18 a 25	\$ 62.00	\$ 75.00
26 a 29	\$ 70.00	\$ 84.40
30 a 34	\$ 80.00	\$ 96.90
35 a 39	\$ 92.20	\$ 109.50
40 a 44	\$ 98.40	\$ 117.60
45 a 49	\$ 130.60	\$ 142.80
50 a 54	\$ 149.60	\$ 171.30
55 a 59	\$ 182.80	\$ 200.00
60 a 64	\$ 229.10	\$ 244.20
65 a 69	\$ 300.20	\$ 326.10
70 a 74	\$ 394.10	\$ 417.10
75 a 79	\$ 473.00	\$ 495.40
80 o más	\$ 520.20	\$ 550.60
1 hijo	\$ 56.80	\$ 68.00
2 hijos	\$ 110.90	\$ 132.60
3 hijos	\$ 164.80	\$ 197.10
4 hijos	\$ 218.80	\$ 261.60
5 hijos	\$ 272.80	\$ 326.20
Cada hijo adicional	\$ 54.00	\$ 64.60



Suscrito y Administrado por Cía. Internacional de Seguros,
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

Esta información se debe tomar solo como ilustración, para los términos y condiciones contractuales referase al contrato póliza.