

BENEFICIOS MÁXIMOS REEMBOLSABLES	MEDIRED 100	SELECTO	INTEGRAL	MEDIRED	ELITE
<p>Máximo Vitalicio por Asegurado</p> <p>Cobertura</p> <p>Red de Proveedores</p> <p>Deducible por Año Póliza por Asegurado: Panamá</p> <p>Deducible por Año Póliza por Asegurado: Panamá y Centroamérica</p> <p>Deducible por año Póliza por Asegurado: Otros Países</p> <ul style="list-style-type: none"> - Deducible para Urgencias por Accidente o Enfermedad - Deducible para Casos Electivos o Programados <p><i>Participación Máxima Anual del Asegurado (STOP LOSS). Límite máximo anual del Asegurado en concepto de Co-Aseguro, de todos los gastos cubiertos bajo la póliza, el excedente se reembolsará al 100%</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - En Panamá - Fuera de Panamá 	<p>\$100,000</p> <p>Local</p> <p>No aplica</p>	<p>\$150,000</p> <p>Local</p> <p>No aplica</p>	<p>\$200,000</p> <p>Local</p> <p>\$250</p> <p>\$4000</p>	<p>\$300,000</p> <p>Local</p> <p>\$300</p> <p>\$4000</p>	<p>\$500,000</p> <p>Local e Internacional</p> <p>Medired (Local) / BCBS Red PPO (Int)</p> <p>\$300</p> <p>\$300</p> <p>\$1,000</p> <p>\$7,000</p> <p>\$10,000</p>
<p>RECLUSION EN EL HOSPITAL (Requiere Pre-Autorización)</p>	<p>San Fernando, Nacional, Santa Fé, Interior y Colón</p>	<p>San Fernando, Nacional, Santa Fé, Interior y Colón</p>	<p>San Fernando, Nacional, Santa Fé, Interior y Colón</p>	<p>Hospital Punta Pacífica, San Fernando, Nacional, Paitilla, Santa Fe, Interior y Colón</p>	<p>Hospital Punta Pacífica, San Fernando, Nacional, Paitilla, Santa Fe, Interior y Colón</p>
<p>a. Cuarto y Alimentación Diario</p> <p>b. Cuidado Intensivo Diario</p> <p>c. Servicios Hospitalarios (Cargos Misceláneos)</p> <p>d. Cirugía (Honorarios Médicos)</p> <p>e. Anestesia (Honorarios Médicos)</p> <p>f. Visitas Intrahospitalarias (Honorarios Médicos)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Médico Tratante (1 visita al día, más de 1 requiere pre-autorización) - Médico Adicional (Requiere Pre-autorización) 	<p>Habitación Privada</p> <p>Co-Pago hasta el 4 día Nacional Co-Pago \$200</p> <p>San Fernando y Santa Fe Co-Pago \$150</p> <p>Colón e Interior</p> <p>Co-Pago \$100</p> <p>5to día en adelante y Condiciones Catastróficas Coaseguro de 20%</p>	<p>Habitación Privada</p> <p>Co-pago hasta el 4 día Nacional Co-Pago \$200</p> <p>San Fernando y Santa Fe Co-Pago \$150</p> <p>Colón e Interior</p> <p>Co-Pago \$100</p> <p>Del día 5 al 10 al 100%, luego Coaseguro de 20%</p>	<p>Habitación Privada</p> <p>Co-Pago hasta el 4 día Nacional Co-Pago \$200</p> <p>San Fernando y Santa Fe Co-Pago \$150</p> <p>Colón e Interior</p> <p>Co-Pago \$100</p> <p>Del día 5 al 10 al 100%, luego Coaseguro de 20%</p>	<p>Habitación Privada</p> <p>Co-Pago hasta el 4 día San Fernando y Santa Fe Co-Pago \$150</p> <p>Punta Pacífica Co-pago \$250</p> <p>Paitilla Co-Pago \$200</p> <p>Hospital Nacional Co-pago \$200</p> <p>Colón e Interior</p> <p>Co-pago \$100</p> <p>Del día 5 al 10 al 100%, luego Coaseguro de 20%</p>	<p>Habitación Privada</p> <p>Co-Pago hasta el 4 día San Fernando y Santa Fe Co-Pago \$150</p> <p>Punta Pacífica Co-pago \$250</p> <p>Paitilla \$200</p> <p>Hospital Nacional Co-Pago \$200</p> <p>Colón e Interior</p> <p>Co-pago \$100</p> <p>Del día 5 al 10 al 100%, luego Coaseguro de 20%</p>
<p>SERVICIOS AMBULATORIOS</p>					
<ul style="list-style-type: none"> - 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 Médico Sub Especialista - Red de Proveedores - Rayos X y Laboratorios (Exámenes cuyo costo en conjunto sea mayor de \$100.00 requieren Preautorización) - Exámenes Especiales (Requiere Pre-autorización) - Equipo Médico Durable - (Requiere Pre-autorización) - Medicamentos Recetados - Innovador o Comercial - Bioequivalente o Genérico - Acupuntura (Requiere Pre-autorización) - Quiropráctica (Requiere Pre-autorización) 	<p>Sin Co-pago</p> <p>Co-Pago \$10</p> <p>\$12</p> <p>\$20</p> <p>\$25</p> <p>35%</p> <p>No cubierto</p> <p>No cubierto</p> <p>Máximo Anual \$2,500</p> <p>Reembolso del 50%</p> <p>Reembolso del 60%</p> <p>No cubierto</p> <p>No cubierto</p>	<p>Sin Co-pago</p> <p>Co-Pago \$10</p> <p>No cubierto</p>	<p>Sin Co-Pago</p> <p>Co-Pago \$10</p> <p>\$12</p> <p>\$20</p> <p>\$25</p> <p>30%</p> <p>35%</p> <p>No cubierto</p> <p>Máximo Anual \$5,000</p> <p>Reembolso del 60%, aplica deducible</p> <p>Reembolso del 70%, aplica deducible</p> <p>No cubierto</p> <p>No cubierto</p>	<p>Sin Co-Pago</p> <p>Co-Pago \$10</p> <p>\$12</p> <p>\$20</p> <p>\$25</p> <p>25%</p> <p>30%</p> <p>No cubierto</p> <p>Máximo Anual \$10,000</p> <p>Reembolso del 80%, aplica deducible</p> <p>Reembolso del 90%, aplica deducible</p> <p>\$15</p> <p>5 sesiones</p> <p>20 sesiones</p> <p>\$15</p> <p>20 sesiones</p>	<p>Sin Co-pago</p> <p>Sin Co-pago</p> <p>\$12</p> <p>\$20</p> <p>\$25</p> <p>25%</p> <p>30%</p> <p>80% después del deducible, máximo vitalicio \$2,500</p> <p>Máximo Anual \$15,000</p> <p>Reembolso del 80%, aplica deducible</p> <p>Reembolso del 90%, aplica deducible</p> <p>\$15</p> <p>5 sesiones</p> <p>20 sesiones</p> <p>\$15</p> <p>20 sesiones</p>

Terapias Físicas y de Rehabilitación - Máximo al Año	\$10 10 Sesiones	No cubierto	\$10 15 Sesiones	\$10 15 Sesiones	\$10 15 Sesiones
Inhaloterapias o Nebulizaciones	\$10	No cubierto	\$10	\$10	\$10
Quimioterapias, Radioterapias y Hemodiálisis (Sesiones Ambulatorias - Requieren Pre-autorización)	No cubierto	35%	35%	30%	30%

CUARTO DE URGENCIAS					
Accidente 100%	sin Co-Pago				
Enfermedad - Críticas Detalladas (*) - 100%	sin Co-Pago				
Enfermedad No Crítica Detallada	\$75.00	\$75.00	\$75.00	\$75.00	\$75.00

CIRUGIA AMBULATORIA (Requiere Pre-Autorización)					
- Realizadas en el Hospital, Clínica o Centro de Cirugía Ambulatoria (Cargos Misceláneos y Honorarios Médicos) Hospital San Fernando, Santa Fé y Centros Ambulatorios	\$200	\$200	\$200	\$200	\$200
Centro Médico Paitilla	No cubierto	No cubierto	No cubierto	\$300	\$300
Hospital Punta Pacífica	No cubierto	No cubierto	No cubierto	\$350	\$350
Hospital Nacional	\$300	\$300	\$300	\$300	\$300
Colón e Interior del País	\$150	\$150	\$150	\$150	\$150
- En Consultorio del Médico (Cargos Misceláneos y Honorarios Médicos)	35%	30%	30%	30%	30%

MATERNIDAD (Aplica para Aseguradas Principales y Cónyuges, solteras y casadas)					
Período de Espera PARA INICIAR EL EMBARAZO		18 meses	18 meses	12 meses	12 meses
Máximo por Embarazo		\$2,500	\$3,000	\$3,500	\$5,000
Cubre Gastos Prenatales y de Alumbramiento	No cubierto	Gastos de Alumbramiento	Alumbramiento y Prenatales	Alumbramiento y Prenatales	Alumbramiento y Prenatales
- Consultas Pre-Natales: Máximo 8 consultas por embarazo		No cubierto	Co-Pago \$20	Co-Pago \$20	Co-Pago \$20
- Ultrasonidos. Máximo 3 consultas por embarazo		No cubierto	Co-Pago de 30%	Co-Pago de 25%	Co-Pago de 25%
- Medicamentos y vitaminas pre natales		No cubierto	Reembolso 60% / 70%	Reembolso del 80% / 90%	Reembolso del 80% / 90%
Hospitalización - Co-pago según se detalla bajo hospitalización		Co-Pago de Hospital	Co-Pago de Hospital	Co-Pago de Hospital	Co-Pago de Hospital

a. GASTOS DE NIÑO SANO					
Cobertura inmediata hasta el noveno día de nacido, siempre y cuando se le haya cubierto el beneficio de Maternidad a la madre. Incluye Honorarios del Pediatra. Sólo niños nacidos bajo la Póliza	No cubierto	No cubierto	No cubierto	\$5,000 al 100% por evento	\$5,000 al 100% por evento

b. RECIEN NACIDOS PREMATUROS POR EVENTO					
Recién nacidos cubiertos bajo la Póliza	No cubierto	No cubierto	\$5,000 por evento	\$10,000 al 100% por evento	\$15,000 al 100% por evento

ENFERMEDAD CONGENITA, HEREDITARIA O ADQUIRIDA DEL RECIEN NACIDO					
Recién nacidos cubiertos bajo la póliza	No cubierto	No cubierto	\$15,000 Máximo Vitalicio al 100% por cada niño	\$30,000 Máximo Vitalicio al 100% por cada niño	\$30,000 Máximo Vitalicio al 100% por cada niño

SIDA					
Máximo por Año Póliza	No cubierto	No cubierto	\$5,000 al 100%	\$5,000 al 100%	\$5,000 al 100%
Máximo Vitalicio	No cubierto	No cubierto	\$15,000 al 100%	\$25,000 al 100%	\$25,000 al 100%
TRASTORNOS MENTALES Y NERVIOSOS (Psiquiátricos)					80% después del deducible
Máximo por Año Póliza	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	\$1,000
Máximo Vitalicio	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	\$25,000
TRANSPLANTE DE ORGANOS Y TEJIDOS					80% sin aplicar deducible
Máximo Vitalicio	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	\$250,000
SERVICIOS PRIVADOS DE ENFERMERIA					
Requiere Pre-autorización	No cubierto	No cubierto	No cubierto	100%, límite 30 sesiones máximo 8 horas cada sesión	100% hasta 30 sesiones máximo 8 horas cada sesión
COBERTURA DENTAL					
Requiere Pre-autorización	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	80% después del deducible, hasta un máximo por año de \$500
AMBULANCIA					
Local: Terrestre	\$100 al 100%	\$100 al 100%	\$100 al 100%	\$100 al 100%	\$100 al 100%
Aérea (Requiere Pre-Autorización)	No cubierto	No cubierto	No cubierto	\$1,000 al 100%	\$1,000 al 100%
Internacional: Terrestre o Aérea (Requiere Pre-autorización)	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	80% sin aplicar deducible hasta \$10,000
RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACION					
Accidente o Enfermedad cubiertas por la Póliza Aplica en Hospitales Privados o Públicos - Reembolso de - A partir del 2° día de hospitalización - Período Máximo a cubrir: 15 días por año	\$10 por día	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto
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)	No cubierto	No cubierto	No cubierto	Co-Pago del 50%	
Mujeres (No cubierto a hijas dependientes) - Cita de Control anual y Papanicolau - Mamografía anual a partir de los 40 años				No cubierto (vacuna de VPH) No cubierto Co-Pago del 50%	Co-Pago del 50%
Hombres - Antígeno Prostático anual a partir de los 40 años (PSA)				Co-Pago del 50%	

URGENCIAS MEDICAS FUERA DE PANAMA					
Aplica para todos los beneficios detallados en esta tabla, según se especifica y hasta los límites indicados	No cubierto	No cubierto	No cubierto	Reembolso del 60%, sobre los costos pactados con los Proveedores Afiliados en Panamá	Ver cobertura fuera de Panamá
COBERTURA FUERA DE PANAMA					
Aplica para todos los beneficios detallados en esta tabla, según se especifica y hasta los límites indicados	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	Requiere Pre-Autorización y sujeto a condición médica del asegurado. Aplica al 80% después del deducible
GASTOS DE REPATRIACIÓN					
En caso que un Asegurado fallezca fuera de la República de Panamá	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	\$5,000 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 en Panamá	Reembolso del 60%, sobre los costos pactados con los Proveedores en Panamá	Reembolso del 60%, sobre los costos pactados con los Proveedores en Panamá	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)	Coaseguro del 20%	Aplica Co-Pago por Reclusión en el Hospital	Aplica Co-Pago por Reclusión en el Hospital	Aplica Co-Pago por Reclusión en el Hospital	Aplica Co-Pago por Reclusión en el Hospital
Rango de Edades	Primas Mensuales / No incluye 5%				
	MEDIRED 100	SELECTO	INTEGRAL	MEDIRED	ELITE
18-25	\$ 34.60	\$ 42.40	\$ 48.10	\$ 59.60	\$ 72.00
26-29	\$ 38.40	\$ 47.30	\$ 53.70	\$ 66.60	\$ 80.40
30-34	\$ 44.00	\$ 54.80	\$ 62.20	\$ 77.70	\$ 93.00
35-39	\$ 53.80	\$ 61.30	\$ 70.10	\$ 87.00	\$ 104.30
40-44	\$ 64.20	\$ 65.60	\$ 74.80	\$ 95.50	\$ 112.00
45-49	\$ 80.30	\$ 78.60	\$ 90.30	\$ 119.80	\$ 134.60
50-54	\$ 95.60	\$ 93.60	\$ 107.50	\$ 142.40	\$ 161.50
55-59	\$ 108.90	\$ 106.40	\$ 123.00	\$ 167.60	\$ 183.40
60-64	\$ 139.00	\$ 133.40	\$ 154.60	\$ 218.20	\$ 230.40
65-69	\$ 175.90	\$ 168.70	\$ 195.40	\$ 277.90	\$ 291.10
70-74	\$ 235.50	\$ 227.70	\$ 264.10	\$ 375.30	\$ 393.30
75-79	\$ 282.70	\$ 276.60	\$ 317.00	\$ 450.40	\$ 472.00
80-más	\$ 311.00	\$ 306.60	\$ 348.50	\$ 495.50	\$ 524.40
1 hijo	\$ 0.00	\$ 38.50	\$ 39.60	\$ 54.10	\$ 64.70
2 hijos	\$ 0.00	\$ 71.10	\$ 73.80	\$ 105.60	\$ 120.90
3 hijos	\$ 0.00	\$ 106.40	\$ 110.50	\$ 157.00	\$ 180.80
4 hijos	\$ 0.00	\$ 140.90	\$ 146.80	\$ 208.30	\$ 240.40
5 hijos	\$ 0.00	\$ 176.10	\$ 183.10	\$ 259.80	\$ 300.00
Cada hijo adicional	\$ 28.30	\$ 34.60	\$ 36.00	\$ 51.40	\$ 59.00



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 referirse al contrato póliza.