



TABLA DE BENEFICIOS MÁXIMOS REEMBOLSABLES

| | |
|--|--|
| Máximo Anual Renovable por Asegurado | B/.2,000,000.00 |
| Cobertura | Panamá e Internacional |
| Red de Proveedores: - Panamá | No Aplica |
| - Fuera de Panamá | BCBS – Red Tradicional |
| Deducible por Año Póliza por Asegurado: | Opción Seleccionada |
| ○ Panamá, Colombia y Centroamérica (PCC) | B/.1,000 / 1,500/ 2,000 / 4,000 / 10,000 / |
| ○ Otros Países | 20,000 |
| ▪ Urgencias | |
| ▪ Electivo o Programado | Monto igual a PCC |
| Stop Loss por Año Póliza por Asegurado: | Monto equivalente al doble de PCC, mínimo |
| | B/.5,000 |
| | No Aplica |

RECLUSIÓN EN EL HOSPITAL – Requiere Pre-Autorización

| | |
|--|---|
| a. Habitación Privada en Panamá, Colombia y Centroamérica | <p><u>Panamá, Colombia y Centroamérica</u> 100% no aplica deducible</p> <p><u>Otro País:</u> 100% después del deducible</p> |
| Habitación Semi-Privada en Otros Países | |
| b. Cuidados Intensivos o Semi-intensivos | |
| c. Servicios Hospitalarios (Cargos Misceláneos). Exámenes mayores a B/.200.00 - Requiere Pre-Autorización | |
| d. Cirugía: Honorarios Médicos Asistente Quirúrgico - Requiere Pre-Autorización | |
| e. Anestesia: Honorarios Médicos - Requiere Pre-Autorización | |
| f. Visitas Intrahospitalarias: Honorarios Médicos | |
| • Médico Tratante – Una (1) visita al día. En exceso Requiere Pre-Autorización | |
| • Médico Especialista – Requiere Pre-Autorización | |

SERVICIOS AMBULATORIOS

| | |
|--|--|
| Consultas Externas | 100% después del deducible |
| Rayos X y Laboratorios | 100% después del deducible |
| Exámenes Especiales – Requiere Pre-Autorización | 100% después del deducible |
| Pruebas o Estudios Diagnósticos – Requiere Pre-Autorización | 100% después del deducible |
| Procedimientos Especiales– Requiere Pre-Autorización | 100% después del deducible |
| Medicamentos Recetados | 100% después del deducible |
| Acupuntura | 100% después del deducible Máximo Anual: Cinco (5) sesiones Máximo Vitalicio: Veinte (20) sesiones |
| Quiropráctica | 100% después del deducible Máximo Anual: Veinte (20) sesiones |
| Terapias Físicas y de Rehabilitación Exceso del Máximo Anual - Requiere Pre-Autorización | 100% después del deducible Máximo Anual: Veinte (20) sesiones |
| Hemodiálisis, Quimioterapias y Radioterapias Requiere Pre-Autorización | 100% después del deducible |
| Tratamiento Dirigido, inmunoterapia, monoclonales y hormonoterapia | 100% después del deducible |
| Equipo Médico Durable - Requiere Pre-Autorización | 100% después del deducible Máximo Vitalicio: B/.10,000.00 |
| Exoprótesis u Ortésis: Brazos, manos, piernas y pies artificiales Requiere Pre-Autorización | 100% no aplica deducible Máximo Anual: B/.25,000.00 Máximo Vitalicio: B/.100,000.00 |





TABLA DE BENEFICIOS MÁXIMOS REEMBOLSABLES

CUARTO DE URGENCIAS

| | |
|--|--------------------------|
| a. Por Accidente | 100% no aplica deducible |
| b. Por Enfermedad Crítica Detallada | 100% no aplica deducible |
| c. Por Enfermedad No Crítico Detallada | 80% no aplica deducible |

CIRUGÍA AMBULATORIA – Requiere Pre-Autorización

| | |
|---|---|
| Honorarios Médicos y Cargos Misceláneos | <u>Panamá, Colombia y Centroamérica</u> 100% no aplica deducible |
| a. Realizada en Hospital, Clínica o Centro de Cirugía Ambulatoria | <u>Otro País:</u> 100% después del deducible |
| b. Realizada en Consultorio Médico | |

MATERNIDAD - Aplica para Aseguradas Principales o Cónyuges, Solteras o casadas

| | |
|--|--|
| Período de Espera | Doce (12) meses para cubrir gastos, a partir de la fecha de inclusión de la Asegurada |
| Cobertura: | Como cualquier otra condición cubierta Máximo por Evento: B/.20,000.00 |
| <ul style="list-style-type: none"> Panamá, Colombia y Centroamérica Otros Países | |
| Reclusión en Hospital: Requiere Pre-Autorización Incluye: | <u>Panamá, Colombia y Centroamérica</u> 100% no aplica deducible <u>Otro País:</u> 100% después del deducible |
| <ul style="list-style-type: none"> Habitación Tipo Suite Anestesia (Epidural) en Parto Normal Salpingectomía | |
| Servicios Ambulatorios: | 100% después del deducible |
| <ul style="list-style-type: none"> Consultas, Laboratorios, Vitaminas, Medicamentos y Monitoreo Fetales Pre-Natales Ultrasonidos Obstétricos Ultrasonidos Estructural, 4D | Máximo por Evento: Dos (2) |
| Almacenamiento de Células Madre | 50% después del deducible Máximo por Evento: B/.3,000.00 |
| a. Recién Nacidos Sanos – Niños nacidos bajo la póliza | 100% no aplica deducible |
| b. Recién Nacidos Prematuros – Niños nacidos bajo la póliza | 100% no aplica deducible Máximo por Evento: B/.100,000.00 |

ENFERMEDAD CONGÉNITA, HEREDITARIA O ADQUIRIDA

| | |
|---|--|
| Gastos Médicos cubiertos por servicio y/o procedimiento detallados en esta tabla, como: Reclusión en Hospital, Cuarto de Urgencia, Servicios Ambulatorios, Cirugías Ambulatorias y Trasplantes. | |
| a. Del Recién Nacido en Póliza | 100% no aplica deducible Máximo Vitalicio Cada Niño: B/.150,000.00 |
| b. Del No Nacido en la Póliza Período de espera de dos (2) años | 100% después del deducible Máximo Vitalicio: B/.150,000.00 |



TABLA DE BENEFICIOS MÁXIMOS REEMBOLSABLES

MEDICINA PREVENTIVA: - Sólo aplica en Panamá

| | |
|--|--|
| <p>Niños:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Consulta de Control, hasta los 6 años. - 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. -Vacuna contra el VPH para niños y niñas (3 aplicaciones) <p>Mujeres: No aplica a hijas dependientes.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Consulta Anual Ginecológica y Papanicolau. - Mamografía anual a partir de los 35 años. - Examen Anual de control a partir de los 45 años: Hemograma, Glicemia, Perfil de Lípidos, Urinálisis, Rayos X de Tórax, EKG y Examen Físico General. <p>Hombres:</p> <ul style="list-style-type: none"> - PSA en sangre anual a partir de los 35 años - Examen Anual de control a partir de los 45 años: Hemograma, Glicemia, Perfil de Lípidos, Urinálisis, Rayos X de Tórax, EKG y Examen Físico General. <p>Limpieza Dental: (Profilaxis) Aplica para todos los Asegurados</p> | <p>100% no aplica deducible</p> <p>100% no aplica deducible</p> <p>100% no aplica deducible</p> <p>100% no aplica deducible</p> <p>100% no aplica deducible Máximo Anual: B/.300.00</p> <p>100% no aplica deducible</p> <p>100% no aplica deducible Máximo Anual: B/.300.00</p> <p>100% no aplica Deducible Máximo Anual: Una (1) Atención</p> |
|--|--|

SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA)

| | |
|--|--|
| Gastos Médicos cubiertos por servicio y/o procedimientos detallados en esta tabla, como: Reclusión en Hospital, Cuarto de Urgencia y Servicios Ambulatorios. | <p>100% no aplica deducible</p> <p>Máximo Anual: B/.50,000.00</p> <p>Máximo Vitalicio: B/.250,000.00</p> |
|--|--|

TRASTORNOS MENTALES Y NERVIOSOS - Tratamientos Psiquiátricos

| | |
|--|--|
| Gastos Médicos cubiertos por servicio y/o procedimientos detallados en esta tabla, como: Reclusión en Hospital, Cuarto de Urgencia y Servicios Ambulatorios. | <p>100% después del deducible</p> <p>Máximo Anual: B/.5,000.00</p> <p>Máximo Vitalicio: B/.50,000.00</p> |
|--|--|

DENTAL

| | |
|---|--|
| Gastos Médicos cubiertos por servicio y/o procedimientos detallados en esta tabla, como: Reclusión en Hospital, Cuarto de Urgencia, Servicios Ambulatorios y Cirugías Ambulatorias. No aplica para tratamientos y/o procedimientos con fines de control, mantenimiento o estéticos. | <p>100% después del deducible</p> <p>Máximo Anual: B/.5,000.00</p> |
|---|--|

TRASPLANTE DE ÓRGANOS Y TEJIDOS

| | |
|---|--|
| Período de Espera | Seis (6) meses para cubrir gastos, a partir de la fecha de inclusión del Asegurado |
| 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. | <p>100% no aplica deducible</p> <p>Máximo Vitalicio: B/.1,000,000.00</p> |





TABLA DE BENEFICIOS MÁXIMOS REEMBOLSABLES

SERVICIOS DE ENFERMERA PRIVADA - Requiere Pre-Autorización

| | |
|--|---|
| Enfermeros graduados debidamente licenciados y registrados | 100% después del deducible Máximo Vitalicio: 30 turnos Ocho (8) horas c/u |
|--|---|

CUIDADO EN EL HOGAR Y TERMINALES O PALEATIVOS - Requiere Previa Autorización

| | |
|--|--|
| a. Cuidados en el Hogar: Hasta 30 días | 100% después del deducible Máximo Diario: B/.300.00 |
| b. Cuidado Terminales o Paliativos: Hasta 60 días | 100% después del deducible Máximo Diario: B/.300.00 |

SERVICIO DE AMBULANCIA - Panamá e Internacional

| | |
|---|--|
| a. Terrestre * Ambulancia Privada para Emergencias | 100% después del deducible 100% Afiliación incluida en Panamá |
| b. Aérea | 100% después del deducible |

PASAJE AÉREO – Requiere Pre-Autorización

| | |
|---|---|
| Aplica al Asegurado Principal y un Acompañante Solo por Hospitalización de un Asegurado y según necesidad médica | 100% no aplica deducible Pasaje aéreo de ida y vuelta Clase Económica |
|---|---|

HOSPEDAJE DE UN ACOMPAÑANTE – Requiere Pre-Autorización

| | |
|--|---|
| Sólo aplica por días de hospitalización de un Asegurado y según necesidad médica | 100% no aplica deducible Máximo Diario: B/.120.00 Máximo Vitalicio: Noventa (90) días |
|--|---|

GASTOS DE REPATRIACION

| | |
|---|---|
| En caso que un Asegurado fallezca fuera de la República de Panamá | 100% no aplica deducible Máximo por Evento: B/.10,000.00 |
|---|---|

BENEFICIOS ADICIONALES – Aplica al Asegurado Principal y Dependientes

| | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> Cobertura Óptica – Compra de Anteojos Recetados Cobertura de Nutricionista | 100% no aplica deducible Máximo Anual: B/.200.00 Máximo Anual: B/.250.00 |
|---|--|

INGRESO O RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACION

| | |
|--|--|
| Aplica al Asegurado Principal solamente. Beneficio cubierto a partir del segundo día de hospitalización | 100% no aplica deducible Máximo Diario: B/.100.00 Máximo Vitalicio: B/.36,500.00 |
|--|--|

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 Periodo Máximo: Doce (12) meses. |
|---|--|

SEGURO DE VIDA

| | |
|---------------------|--------------|
| Asegurado Principal | B/.50,000.00 |
| Cónyuge | B/.25,000.00 |
| Cada Hijo | B/.10,000.00 |





TABLA DE BENEFICIOS MÁXIMOS REEMBOLSABLES

ATENCIÓNES MÉDICAS 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 (PCC): Aplica un monto igual al deducible indicado en las condiciones particulares de la póliza, para los gastos médicos incurridos y cubiertos dentro del territorio de la República de Panamá, Colombia y de cualquier país de Centroamérica, ya sean por Urgencia Médica por accidente o enfermedad, o por casos Electivos y Programados, para los Beneficios que aplique según lo establecido en esta tabla.
- Otros Países: Aplica para los gastos médicos incurridos y cubiertos en cualquier país del mundo con excepción de Panamá, Colombia y Centroamérica, para los Beneficios que aplique según lo establecido en esta tabla y lo que se detalla a continuación.
 - Urgencia Médica por Accidente y Enfermedad: Aplica un monto igual al deducible de Panamá, Colombia y Centroamérica, según lo establecido en las condiciones particulares de la póliza.
 - Tratamientos Electivos o Programados: Aplica un monto equivalente al doble del deducible de Panamá, Colombia y Centroamérica, según lo establecido en las condiciones particulares de la póliza, con un mínimo de B/.5,000.00, con excepción de las opciones de B/.10,000 y B/.20,000 de deducibles las cuales aplicará un deducible igual, sin duplicarse.
- El monto de deducible acumulado en Panamá, Colombia y Centroamérica, no aplica para completar o acumular el monto de deducible correspondiente a otros países.

• **Beneficios Cubiertos:**

- No aplica al Beneficio de Medicina Preventiva.
- Gastos por Servicios Ambulatorios aplican contra reembolso.
- Aplica a los demás beneficios descritos en esta tabla, con base a las condiciones y límites descritos para Panamá, Colombia y Centroamérica, a menos que se indique algo diferente para Otros Países, según los escenarios detallados a continuación:

| | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Pre-Autorización y Aprobación por parte de la compañía con Proveedores de la Red BCBS • No Pre-Autorización, ni Aprobación por parte de la compañía • Pre-Autorización y Aprobación por parte de la compañía con Proveedores Fuera de Red BCBS • Pre-Autorización y No Aprobación por parte de la compañía, según condición médica – Tratamientos Electivos o Programados | <ul style="list-style-type: none"> • Beneficio cubierto y aplica monto de deducible, según indicado en el punto anterior. • Beneficio cubierto pero reducido a reembolso del 50% y aplica monto de deducible, según indicado en el punto anterior. • Beneficio cubierto pero reducido a reembolso del 60% y aplica monto de deducible, según indicado en el punto anterior • Beneficio cubierto pero reducido a reembolso del 50% de los cargos URA de Panamá y aplica monto de deducible de Panamá, Colombia y Centroamérica (PCC). |
|--|--|

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

