

TABLA DE BENEFICIOS MAXIMOS REEMBOLSABLES

MÁXIMO ANUAL RENOVABLE POR ASEGURADO	B/. 200,000.00
Cobertura:	Panamá, Centroamérica y Colombia
Red de Proveedores:	MEDIRED
Hospitales: Ciudad de Panamá: San Fernando, Santa Fe y Pacífica Salud - Interior y Colón: Todos los de la Red Otros Proveedores: Todos los de la Red Fuera de Panamá	MEDIRED
Deducible por Año Póliza por Asegurado:	BCBS – Red PPO
Panamá, Centroamérica y Colombia (PPC)	
Stop Loss por Año Póliza por Asegurado:	B/.250.00
Panamá, Centroamérica y Colombia (PPC)	
	B/.5,000.00

RECLUSIÓN EN EL HOSPITAL - Requiere Pre- Autorización

	CO PAGO POR EVENTO
a. Habitación Privada en Panamá	
b. Cuidados Intensivos o Semi-Intensivo Diario	
c. Servicios Hospitalarios (Cargos Misceláneos). Exámenes mayores a B/.200.00 - Requiere Pre-Autorización	San Fernando y Santa Fe: B/.250.00 Pacífica Salud : B/.300.00 Hospitales Interior y Colón: B/.200.00
d. Cirugía: Honorarios Médicos - Requiere Pre-Autorización Cirugía Asistente – Requiere Pre-Autorización	
e. Anestesia: Honorarios Médicos - Requiere Pre-Autorización	
f. Visitas Intrahospitalarias: Honorarios Médicos	Máximo diez (10) días A partir del décimo primer día (11) se cubrirá al 80% (Coaseguro 20%), con excepción de los Gastos Médicos Mayores (*) los cuales se cubrirán al 80% sin aplicar deducible, desde el primer día
- Médico Tratante – Una (1) visita al día. – En exceso Requiere Pre-Autorización - Médico Especialista – Requiere Pre-Autorización	

SERVICIOS AMBULATORIOS

Consulta en Clínicas Satélites – Médico General	Sin Copago
Consulta en Clínicas Satélites – Médico Especialista	Copago: B/.10.00
Consulta Externa - Médico General	Copago: B/.12.00
Consulta Externa - Médico Especialista	Copago: B/.20.00
Consulta Externa - Médico Sub Especialista	Copago: B/.25.00
Rayos X y Laboratorios – Requiere Pre-Autorización (Exámenes cuyo costo en conjunto sea mayor de B/.100.00)	Copago: 25%
Exámenes Especiales – Requiere Pre-Autorización	Copago: 35%
Prueba o Estudios Diagnósticos – Requiere Pre-Autorización	Copago: 35%
Procedimientos Especiales– Requiere Pre-Autorización	Copago: 35%
Medicamentos Recetados:	
- Innovador o Comercial - Bioequivalente o Genérico	60% después del deducible 70% después del deducible Máximo Anual: B/.7,500.00
Terapias Físicas y de Rehabilitación – Requiere Pre-Autorización En exceso del límite anual, sujeto a aprobación	Copago por Sesión: B/.10.00 Quince (15) sesiones

Inhaloterapias o Nebulizaciones	Copago por Sesión: B/.10.00
Hemodiálisis, Quimioterapias y Radioterapias Requiere Pre-Autorización	Copago: 35%
Tratamiento Dirigido, inmunoterapia, monoclonales y hormonoterapia Requiere Pre-Autorización	Copago: 35% Máximo Anual: B/.40,000.00

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	Copago: B/.75.00 Máximo por Evento: \$500.00

CIRUGÍA AMBULATORIA – Requiere Pre-Autorización

a. Realizadas en el Hospital, Clínica o Centro de Cirugía Ambulatoria (Cargos Misceláneos y Honorarios Médicos) • Ciudad de Panamá: Todos los de la Red ○ San Fernando, Santa Fe y Centros Ambulatorios ○ Pacífica Salud • Interior y Colón: Todos los de la Red b. Realizada en el Consultorio Médico (Cargos Misceláneos y Honorarios Médicos)	COPAGO POR EVENTO Copago: B/.200.00 Copago: B/.250.00 Copago: B/.150.00 Con excepción de los Gastos Médicos Mayores (*) los cuales se cubrirán al 80%, sin aplicar deducible Copago: 30%
---	---

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

Período de Espera:	18 meses para quedar embarazada, se cubrirá si el embarazo inicia a partir del primer día del 19no mes
Cobertura	Máximo por Evento: B/.3,500.00
Reclusión en Hospital: Requiere Pre-Autorización	Copago según se detalle en Reclusión en el Hospital
Servicios Ambulatorios: ○ Consultas Pre-Natales ○ Ultrasonidos Obstétricos ○ Laboratorios – Requiere Pre-Autorización Exámenes cuyo costo en conjunto sea mayor de B/.100.00 ○ Medicamentos y Vitaminas	Copago: B/.20.00 Máximo por Evento: Ocho (8) Copago: 30% Máximo por Evento: Tres (3) Copago: 30% 60% o 70% después de deducible, según se detalla en Medicamento Recetado
a. Recién Nacidos Sano o con Condición Médica de no Prematuridad: Niños nacidos bajo póliza	Incluido dentro del Máximo por Evento de Maternidad
b. Recién Nacidos Prematuros – Niños nacidos bajo la póliza	100% no aplica deducible Máximo por Evento: B/.5,000.00

ENFERMEDAD CONGENITA, 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 Aplica desde el primer día de nacido.	100% no aplica deducible Máximo Vitalicio Cada Niño: B/.15,000.00

MEDICINA PREVENTIVA

MUJERES: No aplica a hijas dependientes.	
- Cita de Control Anual	Copago: 50%
- Papanicolau	Copago: 50%
- Mamografía Anual a partir de los 35 años	Copago: 50%
HOMBRES:	
- Antígeno Prostático Anual a partir de los 35 años	Copago: 50%

SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA)

Gastos Médicos cubiertos por servicio y/o procedimiento detallados en esta tabla, como: Reclusión en Hospital, Cuarto de Urgencia y Servicios Ambulatorios.	100% no aplica deducible Máximo Anual: B/.5,000.00 Máximo Vitalicio: B/.15,000.00
---	---

TRASTORNOS MENTALES Y NERVIOSOS - Tratamientos Psiquiátricos

Gastos Médicos cubiertos por servicio y/o procedimiento detallados en esta tabla, como: Reclusión en Hospital, Cuarto de Urgencia y Servicios Ambulatorios.	100% no aplica deducible Máximo Anual: B/.2,500.00 Máximo Vitalicio: B/.12,500.00
---	---

TRANSPLANTE DE ORGANOS Y TEJIDOS – Requiere Pre-Autorización

Período de Espera	Doce (12) 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.	80% no aplica deducible Máximo Vitalicio: B/.100,000.00

DENTAL

Gastos Médicos cubiertos por servicio y/o procedimiento 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.	100% no aplica deducible Máximo Anual: B/.200.00
--	---

SERVICIO DE AMBULANCIA

- Terrestre Panamá - Ambulancia Privada para Emergencias - Aérea Panamá – Requiere Pre - Autorización	Máximo por Evento: B/.200.00 100% Afiliación incluida en Panamá Máximo por Evento: B/.1.500.00
---	--

BENEFICIOS ADICIONALES – Aplica al Asegurado Principal y Dependientes

Alergias	100% no aplica deducible Máximo Anual: B/.200.00
--	---

EXONERACION 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: Tres (3) meses
--	--



**Internacional
de Seguros**

Respalda la calidad y el servicio
del seguro de salud.

Medired Integral Infinity – 06/25
C.G. Medired – 07/99- Rev. 06/22

SERVICIOS FUERA DE LA RED DE PROVEEDORES

Aplica para todos los beneficios detallados en esta tabla e incurridos en la República de Panamá

Reembolso del 60% sobre los costos pactados con los proveedores en Panamá

ATENCION MEDICA FUERA DE PANAMA: Aplica solo para Centroamérica y Colombia.

- Sujeto a Previa Autorización y Aprobación por parte de la Compañía.
- Aplica condición médica del Asegurado en los casos electivos o programados.
- Requiere utilización de proveedores dentro de la Red del Sistema Blue Cross and Blue Shield (PPO).

• **Deducibles:**

- Panamá, Centroamérica y Colombia (PCC): Aplica el monto de deducible detallado en esta tabla, 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.

• **Beneficios Cubiertos:**

- Aplica los beneficios cubiertos descritos en esta Tabla de Beneficios Máximos Reembolsables
- Gastos por Servicios Ambulatorios aplican contra reembolso.
- Aplican los demás beneficios con base a las condiciones y límites descritos en esta tabla al 80% después del deducible que aplique, con excepción del Cuarto de Urgencia por Accidente o Enfermedad Crítica Detalladas el cual será cubierto contra reembolso al 100% sin estar sujeto al deducible, según los escenarios detallados a continuación:

• 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	• Beneficio cubierto al 80% 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, Centroamérica y Colombia (PCC).
--	---

PARTICIPACION MAXIMA DEL ASEGURADIO (STOP LOSS)

Límite Máximo Anual del Asegurado en concepto de Co-Aseguro de todos los gastos cubiertos bajo la póliza, excedente se reembolsa al 100%.

No se consideran los gastos médicos penalizados por falta de



**Internacional
de Seguros**

Respalda la calidad y el servicio
del seguro de salud.

Medired Integral Infinity – 06/25
C.G. Medired – 07/99- Rev. 06/22



pre-autorización o aprobación por parte de la Compañía, no utilización de proveedores fuera de la Red de BCBS en los casos requeridos y/o cualquier otra detallada en la póliza.

Por Año Póliza B/. 5,000.00

(*) **Gasto Médico Mayor:** Enfermedades Neurológicas y Neuroquirúrgicas incluyendo accidentes Cerebrovasculares, Enfermedades Cardiovasculares y del Corazón, Cáncer y afecciones Hemato- Oncológicas, Trauma Mayor (Politraumatismos), Cirugías Ortopédicas Mayores y Artroscópicas, Enfermedades Renales incluyendo la Insuficiencia Renal Crónica.

(**) **Enfermedades Críticas Detalladas:** Infarto del miocardio o insuficiencia coronaria, estados de pérdida de conocimiento o de obnubilación y/o desorientación súbita, reacciones alérgicas agudas o anafilácticas, hemorragia de todo tipo incluyendo obstétricas y ginecológicas, convulsiones, intoxicaciones, cólico renal, cólico hepático o vesicular, episodios de angina de pecho, embolias pulmonares, ataque agudo de asma bronquial, vómito y diarrea con o sin deshidratación, dolor abdominal agudo, estado de shock o coma de cualquier orden, retención aguda de orina, fiebre alta en la infancia y cualquier otra enfermedad que pudiera poner en peligro la salud del Asegurado, siempre y cuando sea aprobada por la Compañía.



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