



BLUE CROSS AND BLUE SHIELD OF PANAMA

BENEFICIOS MÁXIMOS REEMBOLSABLES	MEDIRED INFINITY	ELITE INFINITY
<p>MÁXIMO ANUAL RENOVABLE</p> <p>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 Stop 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% - Panamá, Centroamérica y Colombia - Otros Países</p>	<p align="right">B/.300,000.00</p> <p>Local, Centroamérica y Colombia Medired (Local) / BCBS Red PPO B/.300.00</p> <p>No Aplica No Aplica</p> <p>B/.5,000.00 No Aplica</p>	<p align="right">B/.500,000.00</p> <p>Local e Internacional Medired (Local) / BCBS Red PPO (Int) B/.300.00</p> <p>B/.1,000.00 B/.5,000.00</p> <p>B/.5,000.00 B/.10,000.00</p>
<p>RECLUSION EN EL HOSPITAL (Requiere Pre-Autorización)</p> <p>- Cuarto y Alimentación Diario - Habitación Privada</p> <p>- Cuidado Intensivo Diario</p> <p>- Servicios Hospitalarios (Cargos Misceláneos)</p> <p>- Honorarios Médicos (Cirujano, Asistente, Anestesia)</p> <p>- Visitas Intrahospitalarias (Honorarios Médicos)</p>	<p align="center">CO-PAGO POR EVENTO</p> <p>San Fernando y Santa Fe B/.200.00 Punta Pacífica y Paitilla B/.300.00 Nacional B/.350.00 Interior y Colón B/.150.00</p> <p align="center">Máximo diez (10) días A partir del décimo primer día (11) se pagarán al 80% (coaseguro 20%)</p>	<p align="center">CO-PAGO POR EVENTO</p> <p>San Fernando y Santa Fe B/.250.00 Punta Pacífica y Paitilla B/.300.00 Nacional B/.400.00 Interior y Colón B/.200.00</p> <p align="center">Máximo diez (10) días A partir del décimo primer día (11) se pagarán al 80% (coaseguro 20%)</p>
<p>SERVICIOS AMBULATORIOS</p> <p>- Consulta Externa en Clínica Satélite con Médico General</p> <p>- Consulta Externa con Médico General - Red de Proveedores</p> <p>- Consulta Externa con Médico Especialista - Red de Proveedores</p> <p>Consulta Externa con Sub Especialista Detallado</p> <p>- Rayos X y Laboratorios (Exámenes cuyo costo en conjunto sea mayor de \$100.00 requieren Preautorización)</p> <p>- Exámenes Especiales (Requiere Pre-autorización)</p> <p>- Medicamentos Recetados</p> <p>Acupuntura (Requiere Pre-autorización)</p> <p>- Máximo al Año</p> <p>- Máximo Vitalicio</p>	<p align="right">Sin Co-Pago</p> <p align="right">Co-Pago de B/.12.00</p> <p align="right">Co-Pago de B/.20.00</p> <p align="right">Co-Pago de B/.25.00</p> <p align="right">Co-Pago del 25%</p> <p align="right">Co-Pago del 30%</p> <p align="right">Reembolso del 80%</p> <p align="right">Co-Pago de B/.15.00 por Sesión</p> <p align="right">Cinco (5) Sesiones</p> <p align="right">Veinte (20) Sesiones</p>	<p align="right">Sin Co-Pago</p> <p align="right">Co-Pago de B/.12.00</p> <p align="right">Co-Pago de B/.20.00</p> <p align="right">Co-Pago de B/.25.00</p> <p align="right">Co-Pago del 25%</p> <p align="right">Co-Pago del 30%</p> <p align="right">Reembolso del 80%</p> <p align="right">Co-Pago de B/.15.00 por Sesión</p> <p align="right">Cinco (5) Sesiones</p> <p align="right">Veinte (20) Sesiones</p>



BLUE CROSS AND BLUE SHIELD OF PANAMA

BENEFICIOS MÁXIMOS REEMBOLSABLES	MEDIRED INFINITY	ELITE INFINITY
Quiropráctica (Requiere Pre-autorización) - Máximo al Año Terapias Físicas y de Rehabilitación - Requiere Pre-Autorización Inhaloterapias o Nebulizaciones Quimioterapias, Radioterapias y Hemodiálisis (Sesiones Ambulatorias - Requieren Pre-autorización) Equipo Médico Durable - Requiere Pre-Autorización	Co-Pago de B/.15.00 por Sesión Veinte (20) Sesiones Sin Limite. Co-Pago de B/10.00 por Evento Co-Pago B/.10.00 por Sesión Co-Pago del 30% por Sesión NO APLICA	Co-Pago de B/.15.00 por Sesión Veinte (20) Sesiones Sin Limite. Co-Pago de B/10.00 por Evento Co-Pago B/.10.00 por Sesión Co-Pago del 30% por Sesión 80% Después del Deducible hasta un Máximo Vitalicio de \$2,500.00
CUARTO DE URGENCIAS Panamá Accidente y Enfermedades Críticas Detalladas (*) Enfermedad No Crítica Detallada	Sin Límite 100%, sin Co-Pago Co-Pago de B/.75.00	Sin Límite 100%, sin Co-Pago 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) Hospital San Fernando, Santa Fé y Centros Ambulatorios Hospital Punta Pacífica y Paitilla Hospital Nacional Colón e Interior del País - Realizadas en el Consultorio del Médico (Cargos Misceláneos y Honorarios Médicos)	Sin Límite Co-Pago B/.200.00 por Evento Co-Pago B/.250.00 por Evento Co-Pago B/.350.00 por evento Co-Pago B/.150.00 por evento Co-Pago del 30% por evento	Sin Límite Co-Pago B/.200.00 por Evento Co-Pago B/.250.00 por Evento Co-Pago B/.350.00 por evento Co-Pago B/.150.00 por evento Co-Pago del 30% por evento
MATERNIDAD Período de Espera PARA INICIAR EL EMBARAZO Máximo por Embarazo Cubre Gastos Prenatales y de Alumbramiento - Consultas Pre-Natales: Máximo 8 consultas por embarazo - Ultrasonidos: Sin Límite - Ultrasonidos 4D: Requiere Pre-Autorización - Laboratorios - Monitores Fetales	12 meses para quedar embarazada, se cubrirá siempre y cuando el embarazo haya iniciado el primer día del 13o mes. B/.4,000.00 por embarazo Co-Pago de B/.20.00 Co-Pago de 25% NO APLICA Co-Pago de 25% Co-Pago de 25%	12 meses para quedar embarazada, se cubrirá siempre y cuando el embarazo haya iniciado el primer día del 13o mes B/.7,500.00 por embarazo Co-Pago de B/.20.00 Co-Pago de 25% Co-Pago de 25% Co-Pago de 25%



BLUE CROSS AND BLUE SHIELD OF PANAMA

BENEFICIOS MÁXIMOS REEMBOLSABLES	MEDIRED INFINITY	ELITE INFINITY
<ul style="list-style-type: none"> - 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>	Reembolso del 80% 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	Reembolso del 80% 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/.5,00.00 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
AMBULANCIA Local: Terrestre Aérea (Requiere Pre-Autorización) Internacional: Terrestre o Aérea (Requiere Pre-autorización)	B/.300.00 al 100% B/.2,500.00 al 100% No Aplica	B/.300.00 al 100% B/.2,500.00 al 100% 80% sin aplicar deducible hasta B/.10,000.00



BLUE CROSS AND BLUE SHIELD OF PANAMA

BENEFICIOS MÁXIMOS REEMBOLSABLES	MEDIRED INFINITY	ELITE INFINITY
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%
MEDICINA PREVENTIVA / DENTRO DE LA RED Mujeres (No aplica a hijas dependientes) - Cita de Control anual y Papanicolau - Mamografía anual a partir de los 40 años Examen Anual de Control (A partir de los 45 años) Hemograma, Urinálisis, Perfil Lipídico, Nitrógeno de Urea, Glicemia, Rayos X del Toráx, EKG y Examen Físico, Hombres - Antígeno Prostático anual a partir de los 40 años (PSA) Examen Anual de Control (A partir de los 45 años) Hemograma, Urinálisis, Perfil Lipídico, Nitrógeno de Urea, Glicemia, Rayos X del Toráx, EKG y Examen Físico,	Co-Pago del 50% NO APLICA Co-Pago del 50% NO APLICA	Co-Pago del 50% B/.100.00 al 100% 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
BENEFICIOS ADICIONALES COBERTURA DE ALERGIAS (Máximo por Año Póliza)	B/.250.00 al 100%	B/.500.00 al 100%



BLUE CROSS AND BLUE SHIELD OF PANAMA

BENEFICIOS MÁXIMOS REEMBOLSABLES	MEDIRED INFINITY	ELITE INFINITY
NUTRICIONISTA (Máximo por Año Póliza)	NO APLICA	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)	Aplica Co-Pago por Reclusión en el Hospital	Aplica Co-Pago por Reclusión en el Hospital



BLUE CROSS AND BLUE SHIELD OF PANAMA

BENEFICIOS MÁXIMOS REEMBOLSABLES	MEDIRED INFINITY	ELITE INFINITY
COBERTURA FUERA DE PANAMA	SOLO CENTROAMÉRICA Y COLOMBIA	
	Aplica para los beneficios en la Tabla de Beneficios (con excepción de Medicina Preventiva) hasta los límites indicados. 80% después del deducible que aplique, excepción del Cuarto de Urgencias (Accidentes o Enfermedades Críticas Detalladas), el cual será contra reembolso al 100% sin deducible.	Aplica para los beneficios en la Tabla de Beneficios (con excepción de Medicina Preventiva) hasta los límites indicados. 80% después del deducible que aplique, excepción del Cuarto de Urgencias (Accidentes o Enfermedades Críticas Detalladas), el cual será contra reembolso al 100% sin deducible.

	MEDIRED	ELITE
Rango de Edades		
18 - 25	\$53.40	\$69.20
26 - 29	\$60.30	\$77.90
30 - 34	\$68.90	\$89.40
35 - 39	\$79.40	\$101.00
40 - 44	\$84.70	\$108.50
45 - 49	\$112.50	\$131.70
50 - 54	\$128.80	\$158.00
55 - 59	\$157.40	\$184.50
60 - 64	\$197.30	\$225.30
65 - 69	\$258.50	\$300.80
70 - 74	\$339.00	\$384.80
75 - 79	\$407.30	\$457.00
80 ó más	\$448.00	\$507.90

HIJOS		
1 Hijo	\$48.90	\$62.70
2 Hijos	\$95.50	\$122.30
3 Hijos	\$141.90	\$181.80
4 Hijos	\$188.40	\$241.30
5 Hijos	\$234.90	\$300.90
Cada Hijo Adicional	\$46.50	\$59.60