



## TABLA DE BENEFICIOS MAXIMOS REEMBOLSABLES MEDIRED INFINITY

<b>MÁXIMO ANUAL RENOVABLE</b>	<b>B/.300,000.00</b>
<b>Cobertura</b>	Local, Centroamérica y Colombia
<b>Red de Proveedores</b>	Medired
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Panamá           <ul style="list-style-type: none"> <li>– Hospitales: San Fernando, Punta Pacífica, Paitilla, Nacional, Santa Fe, Interior y Colón</li> <li>– Otros: Listados en la Red de Proveedores de la Compañía</li> </ul> </li> <li>• Centroamérica y Colombia</li> </ul>	BCBS – Red PPO
<b>Deducible por Año Póliza por Asegurado</b>	B/.300.00
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Panamá, Centroamérica y Colombia</li> </ul>	
<b>Stop Loss por Año Póliza por Asegurado</b>	B/.5,000.00
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Panamá, Centroamérica y Colombia</li> </ul>	

### RECLUSIÓN EN EL HOSPITAL – Requiere Pre-Autorización

<b>a. Cuarto y Alimentación Diario – Habitación Privada</b>	<b>CO PAGO POR EVENTO</b>
<b>b. Cuidado Intensivo Diario</b>	
<b>c. Servicios Hospitalarios (Cargos Misceláneos)</b>	San Fernando y Santa Fe B/.200.00
Exámenes con costos mayores de B/.200.00 requieren pre-autorización.	Punta Pacífica y Paitilla B/.300.00
	Nacional B/.350.00
	Interior y Colón B/.150.00
<b>d. Cirugía (Honorarios Médicos)</b>	
Cirujano Asistente – Requiere Pre-Autorización	Máximo diez (10) días
<b>e. Anestesia (Honorarios Médicos)</b>	
<b>f. Visitas Intrahospitalarias (Honorarios Médicos)</b>	A partir del décimo primer día (11) se pagarán al 80% (coaseguro 20%)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Médico Tratante - Una (1) visita al día. Más de una requiere pre-autorización</li> <li>• Médico Adicional - Requiere Pre-Autorización</li> </ul>	

### SERVICIOS AMBULATORIOS

Consulta en Clínicas Satélites – Médico General	Sin Co-Pago
Consulta Externa con Médico General	Co-Pago de B/.12.00
Consulta Externa con Especialista	Co-Pago de B/.20.00
Consulta Externa con Sub - Especialista	Co-Pago de B/.25.00
Rayos X y Laboratorios - Requiere Pre-Autorización (Exámenes cuyo costo en conjunto sea mayor de B/100.00)	Co-Pago del 25%
Exámenes Especiales - Requiere Pre-Autorización	Co-Pago del 30%
Medicamentos Recetados	80% Después del Deducible
Acupuntura	Co-Pago de B/.15.00 por Sesión
– Máximo al Año	Cinco (5) Sesiones
– Máximo Vitalicio	Veinte (20) Sesiones
Quiropráctica	Co-Pago de B/.15.00 por Sesión
– Máximo al Año	Veinte (20) Sesiones
Terapias Físicas y de Rehabilitación - Requiere Pre-Autorización	Sin Límite. Co-Pago de B/.10.00 por Evento
Inhaloterapias o Nebulizaciones	Co-Pago de B/.10.00 por Sesión
Quimioterapias, Radioterapias y Hemodiálisis	
Sesiones Ambulatorias – Requiere Pre-Autorización	Co-Pago del 30% por Sesión

### CUARTO DE URGENCIAS

<b>Panamá</b>	Sin Límite
Accidente y Enfermedades Críticas Detalladas (*)	100%, sin Co-Pago
Enfermedades No Críticas Detalladas	Co-Pago de B/.75.00

### CIRUGÍA AMBULATORIA – Requiere Pre-Autorización

<b>a. Realizadas en el Hospital, Clínica o Centro de Cirugía Ambulatoria (Cargos Misceláneos y Honorarios Médicos)</b>	Sin Límite
– San Fernando, Santa Fe y Centros Ambulatorios	Co-Pago de B/.200.00
– Punta Pacífica y Paitilla	Co-Pago de B/.250.00
– Nacional	Co-Pago de B/.350.00
– Colón e Interior del País	Co-Pago de B/.150.00
<b>b. Realizada en el Consultorio Médico (Cargos Misceláneos y Honorarios Médicos)</b>	Co-Pago del 30% por Evento



## TABLA DE BENEFICIOS MAXIMOS REEMBOLSABLES MEDIRED INFINITY

### MATERNIDAD

Período de Espera	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
Cubre gastos pre-natales y de alumbramiento	
– Consultas Pre-Natales: Sin Límite	Co-Pago del B/.20.00
– Ultrasonidos: Sin Límite	Co-Pago del 25%
– Laboratorios	Co-Pago del 25%
– Monitoreos Fetales	Co-Pago del 25%
– Medicamentos y Vitaminas	Reembolso del 80% Después del Deducible
– Hospitalización – Privada	Co-Pago, según se detalla bajo hospitalización
Incluye: Anestesia (Epidural) en Parto Normal	100%
a. Gastos de Niños Sanos	B/.10,000.00 al 100% por Evento
Tamizaje Neonatal Completo	B/.200.00 al 100%
Circuncisión – Requiere Pre Autorización	Bajo la Hospitalización – 100%
b. Recién Nacidos Prematuros	B/.15,000.00 al 100% por Evento

### ENFERMEDADES CONGÉNITAS, HEREDITARIAS O ADQUIRIDAS DEL RECIÉN NACIDO

Recién nacidos cubiertos bajo la póliza	B/.30,000.00 Máximo Vitalicio al 100%
Aplica desde el primer día de nacido	por cada niño

### SIDA

Máximo por Año Póliza	B/.5,000.00 al 100%
Máximo Vitalicio	B/.25,000.00 al 100%

### BENEFICIO DE PSIQUIATRIA

Máximo por Año Póliza	B/.5,000.00 al 100%
Máximo Vitalicio	B/.25,000.00 al 100%

### COBERTURA DENTAL

Máximo por Año Póliza	B/.250.00 al 100%
-----------------------	-------------------

### TRASPLANTE DE ÓRGANOS Y TEJIDOS

Máximo Vitalicio	80% sin aplicar deducible B/.150,000.00
------------------	--

### SERVICIOS PRIVADOS DE ENFERMERÍA

Requiere Pre-Autorización	100% hasta 30 sesiones con máximo de 8 horas por sesión
---------------------------	---

### AMBULANCIA

Terrestre	B/.300.00 al 100%
Aérea Local – Requiere Pre-Autorización	B/.2,500.00 al 100%

### MEDICINA PREVENTIVA / DENTRO DE LA RED

<b>NIÑO SANO</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Consulta de Control           <table style="margin-left: 20px;"> <tr> <td>0 a 12 meses</td> <td>8 visitas al año</td> </tr> <tr> <td>13 a 24 meses</td> <td>4 visitas al año</td> </tr> <tr> <td>3 a 6 años</td> <td>2 visitas al año</td> </tr> </table> </li> <li>• Vacunas BCG, Difteria + Tétano, DT aP, Hepatitis A, Hepatitis B, Hib Titer, MMR, Neumococo, Polio IM, Rotavirus, Varicela</li> </ul>	0 a 12 meses	8 visitas al año	13 a 24 meses	4 visitas al año	3 a 6 años	2 visitas al año	Co-Pago del 50%
0 a 12 meses	8 visitas al año						
13 a 24 meses	4 visitas al año						
3 a 6 años	2 visitas al año						
<b>MUJERES (no aplica a hijas dependientes)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cita de control anual</li> <li>• Papanicolau</li> <li>• Mamografía anual a partir de los 40 años</li> </ul>	Co-Pago del 50%						
<b>HOMBRES</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Antígeno Prostático anual a partir de los 40 años</li> </ul>	Co-Pago del 50%						



## TABLA DE BENEFICIOS MAXIMOS REEMBOLSABLES MEDIRED INFINITY

### EXONERACION DEL PAGO DE PRIMAS

En caso del fallecimiento del Asegurado Principal	100% de la prima por período de tres (3) meses
---	--

### COBERTURA FUERA DE PANAMÁ (Aplica solo para Centroamérica y Colombia)

- 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 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.

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pre-Autorización y Aprobación por parte de la compañía con Proveedores de la Red BCBS</li> <li>• No Pre-Autorización, ni Aprobación por parte de la compañía</li> <li>• Pre-Autorización y Aprobación por parte de la compañía con Proveedores Fuera de Red BCBS</li> <li>• Pre-Autorización y No Aprobación por parte de la compañía, según condición médica – Tratamientos Electivos o Programados</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sujeto al deducible que aplique y beneficios según Tabla de Beneficios al 80%</li> <li>• Sujeto al deducible que aplique y beneficios reembolsables al 50%</li> <li>• Sujeto al deducible que aplique y beneficios reembolsables al 60%</li> <li>• Sujeto al deducible de Panamá y Centroamérica y beneficios reembolsables al 50% de los costos pactados con los Proveedores de Red en Panamá</li> </ul>
--	--

### BENEFICIOS ADICIONALES:

#### COBERTURA DE ALERGIAS

Máximo por Año Póliza	B/.250.00 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 en Panamá
---	---

#### PARTICIPACIÓN MÁXIMA 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%

No se considerarán los gastos médicos penalizados por falta de 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 Panamá, Centroamérica y Colombia B/.5,000.00
---	--

(\*) **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.



Suscrito y Administrado por Cía. Internacional de Seguros, Licenciario Independiente de Blue Cross and Blue Shield Association, autorizado para operar como Blue Cross and Blue Shield of Panama.