



BLUE CROSS AND BLUE SHIELD OF PANAMA

BENEFICIOS MÁXIMOS REEMBOLSABLES	MEDIRED 100	SELECTO	INTEGRAL	MEDIRED	ELITE
Máximo Vitalicio por Asegurado Cobertura Red de Proveedores Deducible por Año Póliza por Asegurado: Panamá Deducible por Año Póliza por Asegurado: Panamá y Centroamérica Deducible por año Póliza por Asegurado: Otros Países - Deducible para Urgencias por Accidente o Enfermedad - Deducible para Casos Electivos o Programados <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> - En Panamá - Fuera de Panamá	\$100,000 Local	\$150,000 Local	\$200,000 Local \$250 \$4000	\$300,000 Local \$300 \$4000	\$500,000 Local e Internacional Medired (Local) / BCBS Red PPO (Int) \$300 \$300 \$1,000 \$7,000 \$10,000 \$10,000
RECLUSION EN EL HOSPITAL (Requiere Pre-Autorización) a. Cuarto y Alimentación Diario b. Cuidado Intensivo Diario c. Servicios Hospitalarios (Cargos Misceláneos) d. Cirugía (Honorarios Médicos) e. Anestesia (Honorarios Médicos) f. Visitas Intrahospitalarias (Honorarios Médicos) - Médico Tratante (1 visita al día, más de 1 requiere pre-autorización) - Médico Adicional (Requiere Pre-autorización)	San Fernando, Punta Pacífica, Santa Fé, Interior y Colón Habitación Privada Co-pago hasta el 4 día Punta Pacífica Co-pago \$200 San Fernando y Santa Fe Co-pago \$150 Colón e Interior Co-pago \$100 5to día en adelante y Condiciones Catastróficas coaseguro de 20%	San Fernando, Punta Pacífica, Santa Fe, Interior y Colón Habitación Privada Co-pago hasta el 4 día Punta Pacífica Co-pago \$200 San Fernando y Santa Fe Co-pago \$150 Colón e Interior Co-pago \$100 Del día 5 al 10 al 100%, luego Coaseguro de 20%	San Fernando, Punta Pacífica, Santa Fe, Interior y Colón Habitación Privada Co-pago hasta el 4 día Punta Pacífica Co-pago \$200 San Fernando y Santa Fe Co-pago \$150 Colón e Interior Co-pago \$100 Del día 5 al 10 al 100%, luego Coaseguro de 20%	Hospital Punta Pacífica, San Fernando, Nacional, Paitilla, Santa Fe, Interior y Colón Habitación Privada Co-pago hasta el 4 día San Fernando y Santa Fe Co-pago \$150 Punta Pacífica y Paitilla Co-pago \$200 Hospital Nacional Co-pago \$250 Colón e Interior Co-pago \$100 Del día 5 al 10 al 100%, luego Coaseguro de 20%	Hospital Punta Pacífica, San Fernando, Nacional, Paitilla, Santa Fe, Interior y Colón Habitación Privada Co-pago hasta el 4 día San Fernando y Santa Fe Co-pago \$150 Punta Pacífica y Paitilla co pago \$200 Hospital Nacional Co-pago \$250 Colón e Interior Co-pago \$100 Del día 5 al 10 al 100%, luego Coaseguro de 20%
SERVICIOS AMBULATORIOS - Consulta Externa en Clínica Satélite con Médico General - 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 Acupuntura (Requiere Pre-autorización) - Máximo al Año - Máximo Vitalicio Quiropráctica (Requiere Pre-autorización) - Máximo al Año	Sin Co-pago \$12 \$20 \$25 35% No cubierto No cubierto Reembolso del 50% No cubierto No cubierto	Sin Co-pago No cubierto No cubierto No cubierto No cubierto No cubierto No cubierto No cubierto No cubierto	Sin Co-Pago \$12 \$20 \$25 30% 35% No cubierto Reembolso del 60% después del deducible (coaseguro 20%) No cubierto No cubierto	Sin Co-Pago \$12 \$20 \$25 25% 30% No cubierto Reembolso del 80% después del deducible (coaseguro 20%) \$15 5 sesiones 20 sesiones \$15 20 sesiones	Sin Co-pago \$12 \$20 \$25 25% 30% 80% después del deducible, máximo vitalicio \$2,500 Reembolso del 80% después del deducible (coaseguro 20%) \$15 5 sesiones 20 sesiones \$15 20 sesiones



BLUE CROSS AND BLUE SHIELD OF PANAMA

BENEFICIOS MÁXIMOS REEMBOLSABLES	MEDIRED 100	SELECTO	INTEGRAL	MEDIRED	ELITE
Terapias Físicas y de Rehabilitación - Máximo al Año Inhaloterapias o Nebulizaciones Quimioterapias, Radioterapias y Hemodiálisis (Sesiones Ambulatorias - Requieren Pre-autorización)	\$10 10 Sesiones \$10 No cubierto	No cubierto No cubierto 35%	\$10 15 Sesiones \$10 35%	\$10 15 Sesiones \$10 30%	\$10 15 Sesiones \$10 30%
CUARTO DE URGENCIAS					
Accidente 100% Enfermedad - Críticas Detalladas (*) - 100% Enfermedad No Crítica Detallada	sin Co-Pago sin Co-Pago \$75.00	sin Co-Pago sin Co-Pago \$75.00	sin Co-Pago sin Co-Pago \$75.00	sin Co-Pago sin Co-Pago \$75.00	sin Co-Pago sin Co-Pago \$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 Centro Médico Paítilla Hospital Punta Pacífica Hospital Nacional Colón e Interior del País - En Consultorio del Médico (Cargos Misceláneos y Honorarios Médicos)	\$200 No cubierto \$300 No cubierto \$150 35%	\$200 No cubierto \$300 No cubierto \$150 30%	\$200 No cubierto \$300 No cubierto \$150 30%	\$200 \$300 \$300 \$350 \$150 30%	\$200 \$300 \$300 \$350 \$150 30%
MATERNIDAD (Aplica para Aseguradas Principales y Cónyuges, solteras y casadas)					
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. Máximo 3 consultas por embarazo Hospitalización - Co-pago según se detalla bajo hospitalización	No cubierto	18 meses \$2,500 Gastos de Alumbramiento No cubierto No cubierto	18 meses \$3,000 Alumbramiento y Prenatales Co-Pago \$20 Co-Pago de 30%	12 meses \$3,500 Alumbramiento y Prenatales Co-Pago \$20 Co-Pago de 25%	12 meses \$5,000 Alumbramiento y Prenatales Co-Pago \$20 Co-Pago de 25%
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



BLUE CROSS AND BLUE SHIELD OF PANAMA

BENEFICIOS MÁXIMOS REEMBOLSABLES	MEDIRED 100	SELECTO	INTEGRAL	MEDIRED	ELITE
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	\$10 por día	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto
- A partir del 2° día de hospitalización					
- Período Máximo a cubrir: 15 días por año					
MEDICINA PREVENTIVA / DENTRO DE LA RED					
Niños Sanos 0 a 6 años				Co-Pago del 50%	
- Consulta de Control					
- Vacunas (BCG, Difteria + Tétano, DT aP, Hepatitis A, Hepatitis B, Hib Titer, MMR, Neumococo, Polio IM, Rotavirus, Varicela)	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto (vacuna de VPH)	
VPH niños y niñas (3 aplicaciones)					Co-Pago del 50%
- Exámenes de Control Anual (Hemograma, Heces, Urinálisis, Glucosa)				No cubierto	
Mujeres (No cubierto a hijas dependientes)				Co-Pago del 50%	
- Cita de Control anual y Papanicolau					
- Mamografía anual a partir de los 40 años					
Hombres					
- Antígeno Prostático anual a partir de los 40 años (PSA)				Co-Pago del 50%	



BLUE CROSS AND BLUE SHIELD OF PANAMA

BENEFICIOS MÁXIMOS REEMBOLSABLES	MEDIRED 100	SELECTO	INTEGRAL	MEDIRED	ELITE
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

PRIMAS MENSUALES ***no incluyen 5%***					
Rango de Edades	MEDIRED 100	SELECTO	INTEGRAL	MEDIRED	ELITE
18 - 25	\$28.50	\$37.40	\$44.60	\$51.30	\$66.40
26 - 29	\$31.65	\$41.70	\$49.80	\$57.35	\$74.20
30 - 34	\$36.25	\$48.30	\$57.70	\$66.90	\$85.80
35 - 39	\$44.30	\$54.00	\$65.00	\$74.90	\$96.20
40 - 44	\$52.90	\$57.80	\$69.35	\$82.20	\$103.30
45 - 49	\$66.15	\$69.30	\$83.80	\$103.20	\$124.20
50 - 54	\$78.80	\$82.50	\$99.70	\$122.65	\$149.00
55 - 59	\$89.70	\$93.75	\$114.05	\$144.35	\$169.20
60 - 64	\$114.55	\$117.60	\$143.40	\$187.90	\$212.50
65 - 69	\$144.90	\$148.65	\$181.25	\$239.30	\$268.55
70 - 74	\$194.00	\$200.70	\$244.95	\$323.20	\$362.80
75 - 79	\$232.90	\$243.80	\$294.00	\$387.90	\$435.40
80 ó más	\$256.20	\$270.25	\$323.30	\$426.70	\$483.70
HIJOS					
1 Hijo		\$33.90	\$36.70	\$46.60	\$59.70
2 Hijos		\$62.70	\$68.50	\$90.90	\$111.50
3 Hijos		\$93.80	\$102.50	\$135.20	\$166.80
4 Hijos		\$124.20	\$136.20	\$179.40	\$221.80
5 Hijos		\$155.25	\$169.80	\$223.70	\$276.70
Cada Hijo Adicional	\$23.30	\$30.50	\$33.40	\$44.30	\$54.40