



## TABLA DE BENEFICIOS MAXIMOS REEMBOLSABLES

### BENEFICIOS CUBIERTOS MEDIREN INTEGRAL

<b>Límite Máximo Vitalicio por Asegurado</b>	<b>B/.200,000.00</b>
<b>Cobertura</b>	<b>Local</b>
<b>Red de Proveedores</b>	<b>Medired</b>
<b>Deducible por Año Póliza por Asegurado</b>	<b>B/.200.00</b>
<b>Stop Loss por Año Póliza por Asegurado</b>	<b>B/.4,000.00</b>

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

<b>Hospitales: Ciudad de Panamá - San Fernando, Nacional y Santa Fe</b>	<p>Co-Pago por día de B/.150.00 hasta el cuarto (4) día, del día cinco (5) al décimo (10) la hospitalización se cubre al 100%.</p> <p>A partir del onceavo (11) día se pagaran al 80% (coaseguro 20%)</p>
<b>Colón e Interior del País - Todos los de la Red</b>	
a. Cuarto y Alimentación Diario – Habitación Privada	
b. Cuidado Intensivo Diario	
c. Servicios Hospitalarios (Cargos Misceláneos)	
Exámenes con costos mayores de B/.200.00 requieren Pre-Autorización.	
d. Cirugía (Honorarios Médicos)	
e. Anestesia (Honorarios Médicos)	
f. Visitas Intrahospitalarias (Honorarios Médicos)	
<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 (Máximo 5 consultas al año)	Co-Pago de B/.18.00
Rayos X y Laboratorios - - Exámenes cuyo costo en conjunto sea mayor de B/.100.00 requieren pre-autorización.	Co-Pago del 30%
Exámenes Especiales – Requieren Pre- Autorización	Co-Pago del 35%
Medicamentos Recetados	60% después del deducible
Terapias Físicas y de Rehabilitación Máximo a15 sesiones al año, en exceso del límite anual se requiere pre-autorización	Co-Pago B/.5.00 por evento
Inhaloterapias o Nebulizaciones	Co-Pago B/.5.00
Quimioterapias, Radioterapias y Hemodiálisis Sesiones Ambulatorias – Requieren Pre-Autorización	Co-Pago del 35% por sesión

#### CUARTO DE URGENCIA

a. Accidente y Enfermedades Críticas Detalladas (*)	100%, sin Co-Pago
b. Enfermedades No Críticas Detalladas	Co-Pago de B/.75.00

#### CIRUGÍA AMBULATORIA – Requiere Pre-Autorización

a. Realizadas en el Hospital, Clínica o Centro de Cirugía Ambulatoria (Cargos Misceláneos y Honorarios Médicos)	Co-Pago B/.200.00 por evento
b. Realizada en el Consultorio Médico (Cargos Misceláneos y Honorarios Médicos)	Co-Pago del 30% por evento



## TABLA DE BENEFICIOS MAXIMOS REEMBOLSABLES

### BENEFICIOS CUBIERTOS

### MEDIRED INTEGRAL

#### MATERNIDAD

Periodo de Espera	18 meses para quedar embarazada, se cubrirá siempre y cuando el embarazo haya iniciado el primer día del 18o mes.
Máximo por Embarazo	B/.2,500.00 por embarazo
Cubre gastos pre-natales y del alumbramiento, incluyendo los gastos del recién nacido sano	
- Consultas Pre-Natales: Máximo 8 consultas por embarazo	Co-Pago de B/.18.00
- Ultrasonidos: Máximo 3 consultas por embarazo	Co-Pago de 30%
- Hospitalización	Co-Pago diario de B/.100.00 máximo 4 días
a. Recién Nacidos Prematuros por evento	B/.5,000.00 por evento

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

Recién nacidos cubiertos bajo la póliza	B/.15,000.00 Máximo Vitalicio al 100% por cada niño
-----------------------------------------	--------------------------------------------------------

#### SIDA

Máximo por Año Póliza	B/.5,000.00 al 100%
Máximo Vitalicio	B/.15,000.00 al 100%

#### AMBULANCIA

Ambulancia Terrestre	B/.100.00 al 100%
----------------------	-------------------

#### 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 B/.4,000.00
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------

#### 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
-----------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------

(\*) **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.