

URGENCIAS MÉDICAS FUERA DE PANAMÁ Centroamérica y Colombia

Aplica para todos los beneficios detallados en esta tabla

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

COBERTURA FUERA DE PANAMÁ

Centroamérica y Colombia - Requiere de Pre-Autorización

Aplica para los beneficios en la Tabla de Beneficios (con excepción de Medicina Preventiva) hasta los límites indicados. 80% después del deducible que aplique, a excepción del Cuarto de Urgencias (Accidentes o Enfermedades Críticas Detalladas), el cual será contra reembolso al 100% sin deducible.

BENEFICIOS ADICIONALES Contra Reembolso

Cobertura de Alergias Máximo por Año Póliza	B/. 500.00 al 100%
Cobertura para Nutricionista Máximo por Año Póliza	B/. 200.00 al 100%
Cobertura Óptica (Compra de Anteojos) Máximo por Año Póliza	B/. 150.00 al 100%
Aparato de Inhaloterapia Máximo Vitalicio	B/. 75.00 al 100%
Botas Ortopédicas (Dos pares al año) Máximo por cada par	B/. 75.00 al 100%

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

PRIMAS MENSUALES

2 a 18 años	No incluye 5%	Incluye 5%
	B/. 47.30	B/. 49.66

REQUISITOS PARA NIÑOS

Panameños de 2 a 6 años y Extranjeros de 2 a 10 años:
Informe Pediátrico y copia de la Tarjeta de Vacunas

REQUISITOS PARA CONTRATANTE

Debe ser menor de 60 años, adjuntar copia de cédula

FORMA DE PAGO

Tarjeta de Crédito

ACH

Voluntario (Trimestral, Semestral o Anual)

*Por cada póliza nueva de Medired Kids Infinity, la compañía donará B/.10.00 de la prima pagada a Fanlyc



Nuestras Oficinas

www.bcbspma.com



BlueCross BlueShield Panama



FANLYC

Al adquirir tu póliza Medired Kids
estarás contribuyendo con Fanlyc*

Con el respaldo de



Suscrito y administrado por Cía. Internacional de Seguros,
S.A., Licenciatario Independiente de Blue Cross and Blue
Shield Association. Autorizado para operar como Blue
Cross and Blue Shield of Panama.

Consulte a su Corredor de
Seguros o Contáctenos

Línea de Atención **800-BCBS**
24 horas 265-7053

Esta información se debe tomar solo como ilustración, para los términos y
condiciones contractuales, refiérase al Contrato Póliza.
Actualizado a marzo 2023



Plan Medired Infinity Kids renueva anualmente el límite máximo contratado y te permite gozar de una amplia red de proveedores médicos y sistemas de co-pago.

¿QUIÉNES PUEDEN DISFRUTAR DE LOS BENEFICIOS?

Niños de 2 a 18 años con residencia permanente en la República de Panamá.

VALORES AGREGADOS

Línea de Atención 24 HRS

800-BCBS o al 265-7053. Información sobre su póliza, red de proveedores, reclamos y pre autorizaciones.

FARMACIA EXPRESS

800-1921 o 215-2581. Descuento del 20% en medicamentos en Farmacia El Javillo. Entrega a domicilio.

SALUD EXPRESS

800 BCBS o 265-7053. Servicio a Domicilio con un costo de B/.15.00 para consultas médicas vía telefónica a nivel nacional.

Ambulancias

279-3111. 24 Horas al día para atención de emergencias médicas y accidentes.

Chat Online 24 HRS

www.bcbspma.com Atención en línea 24 horas.

Reembolso por ACH

Recibe tu reembolso o pago de reclamos a tu cuenta desde el lugar donde te encuentres.

BENEFICIOS

MÁXIMO ANUAL RENOVABLE		B/. 200,000.00
Cobertura	Local, Centroamérica y Colombia	
Red de Proveedores	Medired	
Red de Proveedores Internacional	BCBS – Red PPO	
Deductible por año Póliza por Asegurado		
Panamá, Centroamérica y Colombia	B/. 300.00	
Stop Loss por año Póliza por Asegurado		
Panamá, Centroamérica y Colombia	B/. 5,000.00	

RECLUSIÓN EN EL HOSPITAL - Requiere Pre-autorización

Cuarto y alimentación Diario, Cuidados Intensivos o Semi-Intensivo o Diario, Servicios Hospitalarios, Honorarios Médicos (Cirujano, Asistente y Anestesia), Visitas Intrahospitalarias. Hospitales	Co-Pago por Evento Habitación Privada
Santa Fe y San Fernando.....	B/.250.00
Nacional y Paitilla.....	B/.400.00
Pacífica Salud.....	B/.300.00
The Panama Clinic.....	B/.500.00
Colón e Interior del País.....	B/.200.00

* A partir del décimo primer día (11) se cubrirá al 80% (Coaseguro 20%)

SERVICIOS AMBULATORIOS

Consulta en Clínicas Satélites Médico General	Sin Co-Pago
Consulta en Clínicas Satélites Médico Especialista	Co-Pago de B/. 10.00
Consulta Externa Médico General	Co-Pago de B/.12.00
Consulta Externa Médico Especialista	Co-Pago de B/.20.00
Consulta Externa Médico Sub-Especialista	Co-Pago de B/.25.00
Rayos X y Laboratorios	Co-Pago del 25%
Exámenes Especiales	Co-Pago del 30%
Prueba o Estudios Diagnósticos	Co-Pago del 30%
Procedimientos Especiales	Co-Pago del 30%
Medicamentos Recetados <ul style="list-style-type: none"> • Innovador o Comercial • Bioequivalente o Genérico 	80% Despues del Deductible 90% Despues del Deductible
Terapias Físicas y de Rehabilitación	Sin Límite Co-Pago de B/.10.00 por Sesión
Inhaloterapias o Nebulizaciones	Co-Pago de B/. 10.00 por Sesión
Hemodiálisis, Quimioterapias y Radioterapias	Co-Pago del 30% por Sesión
Tratamiento Dirigido, Inmunoterapia, Monoclonales y Hormonoterapia	Co-Pago del 30% Maximo Anual: B/. 40,000.00

CUARTO DE URGENCIAS - SIN LÍMITE - PANAMÁ

Accidente y Enfermedades Críticas Detalladas (Ver Tabla de Beneficios)	100%. No aplica deducible
Enfermedades No Críticas Detalladas	Co-Pago de B/.75.00

CIRUGÍA AMBULATORIA - SIN LÍMITE - Requiere Pre-Autorización

Hospital, Clínica o Centro de Cirugía Ambulatoria	
San Fernando, Santa Fe y Centros Ambulatorios	Co-Pago de B/.200.00
Pacífica Salud	Co-Pago de B/.250.00
Hospital Nacional y Paitilla	Co-Pago de B/.350.00
The Panama Clinic	Co-Pago de B/.450.00
Colón e Interior del País	Co-Pago de B/.150.00
Consultorio Médico	Co-Pago del 30%

SIDA

Máximo por Año Póliza	B/.5,000.00 al 100% no aplica deducible
Máximo Vitalicio	B/.25,000.00 al 100% no aplica deducible

TRASTORNOS MENTALES Y NERVIOSOS

Reclusión en Hospital, Cuarto de Urgencias y Servicios Ambulatorios	100% no aplica deducible B/.500.00
---------------------------------------------------------------------	---------------------------------------

COBERTURA DENTAL

Máximo por Año Póliza	100% no aplica deducible B/.250.00
-----------------------	---------------------------------------

TRASPLANTE DE ÓRGANOS Y TEJIDOS - Requiere Pre-Autorización

Periodo de Espera	12 meses, a partir de la fecha de inclusión
Máximo Vitalicio	80% no aplica deducible B/. 100,000.00

SERVICIOS PRIVADOS DE ENFERMERÍA - Requiere Pre-Autorización

100% no aplica deducible hasta 30 sesiones con máximo de 8 horas por sesión

AMBULANCIA

Terrestre	B/. 300.00 por evento
Aérea Local - Requiere Pre-Autorización	B/. 2,500.00 por evento

MEDICINA PREVENTIVA/ DENTRO DE LA RED (Co-Pago del 50%)

Niños Sanos: Consulta de Control
2 a 6 años (cumplidos) 4 visitas al año

Vacunas: BCG, Difteria +Tétano, DT aP, Hepatitis A, Hepatitis B, HibTiter, MMR, Neumococo, Polio IM, Rotavirus, Varicela.

Vacuna contra el VPH para niños y niñas (3 aplicaciones)

Exámenes de Control Anual (Hemograma, heces, urinálisis, glucosa)

EXONERACIÓN DEL PAGO DE PRIMAS

En caso del fallecimiento del Contratante de la poliza.	100% de la prima por período máximo de seis meses
---------------------------------------------------------	---------------------------------------------------