

**PRIMAS MENSUALES**

El Asegurado Principal es consciente que la prima inicial pactada a favor de la Compañía como retribución por las coberturas contratadas aumentará conforme aumente su edad, de acuerdo a la siguiente tabla y lo establecido en las condiciones generales de la póliza.

Rango de edades	Deducible Local B/. 1,000.00		Deducible Local B/. 1,500.00		Deducible Local B/. 2,000.00		Deducible Local B/. 4,000.00		Deducible Local B/. 10,000.00		Deducible Local B/. 20,000.00	
	Asegurado Solo	Asegurado Cónyuge	Asegurado Solo	Asegurado Cónyuge	Asegurado Solo	Asegurado Cónyuge						
18-25	126.40	248.90	114.70	226.00	108.90	214.40	92.30	181.90	87.70	172.80	78.50	154.60
26-29	135.50	267.00	122.40	241.30	116.60	229.80	99.20	195.30	94.10	185.60	84.30	166.00
30-34	150.90	297.10	136.90	269.60	129.90	255.90	110.10	216.90	104.60	206.00	93.60	184.30
35-39	176.80	348.30	160.70	316.50	152.80	300.90	128.90	254.00	122.40	241.30	109.60	215.90
40-44	194.50	383.10	176.60	347.80	167.60	330.10	142.80	281.40	135.60	267.30	121.40	239.20
45-49	222.50	438.30	198.20	390.50	190.30	374.70	166.20	327.20	157.80	310.90	141.20	278.20
50-54	294.40	579.90	265.40	522.60	254.00	500.40	214.90	423.40	204.10	402.20	182.60	359.90
55-59	339.40	668.70	303.00	596.80	294.70	580.50	251.10	494.70	238.50	469.90	213.40	420.50
60-62	519.10	1,022.50	471.40	928.70	447.90	882.20	380.60	749.80	361.60	712.30	323.50	637.40

Hijos						
Un hijo	84.20	70.60	71.10	59.50	53.60	48.20
Dos hijos	168.30	141.20	142.10	119.10	107.20	96.50
Tres hijos	252.50	211.90	213.20	178.60	160.80	144.70
Cada hijo adic.	42.10	35.40	35.60	29.80	26.70	24.20

**LAS PRIMAS NO INCLUYEN EL 5% DE IMPUESTO.**

Las primas correspondientes al Asegurado Principal y su Cónyuge se calcularán sobre la edad alcanzada o edad actuarial al momento de la efectividad del seguro y las mismas serán aplicadas en la renovación correspondientes de cada aniversario/renovación de la póliza.

**FRECUENCIAS Y FORMAS DE PAGO**

Mensual	ACH / Tarjeta de crédito
Trimestral, Semestral y Anual	ACH / Tarjeta de crédito / Efectivo



Descárgala en



¡DALE MÁS A TU SALUD!  
800-BCBS • 265-7053 - www.bcbsspma.com

**REQUISITOS PARA SOLICITANTES DE PÓLIZAS DE SALUD**

**PANAMEÑOS**

De 40 a 45 años (Hombre / Mujer)	De 46 a 62 años (Hombre / Mujer)
<ul style="list-style-type: none"> <li>Hemograma Completo</li> <li>Urinálisis</li> <li>Perfil Lipídico</li> <li>Glicemia en Ayuna</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hemograma Completo</li> <li>Urinálisis</li> <li>Perfil Lipídico</li> <li>Glicemia en Ayuna</li> <li>Prueba de Nicotina</li> <li>Examen Físico</li> <li>EKG</li> <li>PSA en sangre (sólo Hombres)</li> </ul>

**NIÑOS PANAMEÑOS: DE 0 A 3 AÑOS: Presentar informe pediátrico**

**EXTRANJEROS**

De 18 a 30 años (Hombre / Mujer)	De 31 a 49 años (Hombre / Mujer)	De 50 a 62 años (Hombre / Mujer)
<ul style="list-style-type: none"> <li>Hemograma Completo</li> <li>Urinálisis</li> <li>Perfil lipídico</li> <li>Urinálisis</li> <li>Glicemia en ayuna</li> <li>Examen Físico</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hemograma Completo</li> <li>Glicemia en ayuna</li> <li>HB- HC (Hepatitis)</li> <li>Perfil lipídico</li> <li>Prueba de Nicotina</li> <li>Urinálisis</li> <li>PSA en Sangre (sólo en Hombres)</li> <li>EKG (Solo mayores de 45)</li> <li>Examen Físico</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hemograma Completo</li> <li>Glicemia en ayuna</li> <li>HB- HC (Hepatitis)</li> <li>Perfil lipídico</li> <li>Creatinina</li> <li>Urinálisis</li> <li>Prueba de Nicotina</li> <li>PSA en Sangre (sólo en Hombres)</li> <li>Examen Físico</li> <li>Prueba de Esfuerzo</li> </ul>

**NIÑOS EXTRANJEROS: DE 0 A 10 AÑOS: Presentar informe pediátrico**

**MÉDICOS AUTORIZADOS**

EXÁMEN FÍSICO (Prevía Cita)	EKG	TELÉFONOS
Centro Médico Nacional <i>Dr. Rogelio Pérez Valdívieso</i>	Médico Autorizado	398-2349
Royal Center <i>Dr. Manuel Pereira</i>	Médico Autorizado	223-8387
Wellmed Clinic <i>Dr. Jorge Paz Rodríguez</i>	Médico Autorizado	269-1795
Hospital Punta Pacífica <i>Dra. Daymé Quintero</i>	Médico Autorizado	204-8016
Consultorios América <i>Dr. Ricardo Pareja R.</i>	No aplica	229-4388 Ext.6000
Clínicas MiniMed	No aplica	830-5800

**LABORATORIOS AUTORIZADOS**

Laboratorios Clínicos Raly - Laboratorios Fernández, Laboratorios Serviloo America Lab, Laboratorios Minimed

**PRUEBA DE ESFUERZO: (Requiere cita previa)**

Centro Cardiovascular, Hospital Punta Pacífica	204-8072
Laboratorio Cardiovascular- San Fernando	229-0521

**PARA PLAN MÉDICO INTERNACIONAL:** Opción I, II y III costo de exámenes aplican para deducible. Planes Deluxe y Ultimate se reembolsa el costo al 100%. (Aplica para Pólizas aprobadas y emitidas por la compañía).

Línea de Atención  
**800-BCBS**

Línea 24 horas  
**265-7053**

**Nuestras Oficinas:**

Calle 50, Edificio Plaza Credicorp Bank, piso 17, local 1703

**Recepción:** 206-4200 / 206-4201 | **Servicio al Cliente:** 206-4224 / 206-4225 | **Preautorizaciones:** 206-4272 / 206-4252 | **Fax:** 210-1077

**Correo electrónico:** preautorizaciones@seguros.com

**Sucursales:**

**CENTENNIAL PLAZA:** Teléfono: 830-6163 / 64 | **LOS PUEBLOS:** Teléfono: 217-8760 Fax: 217-8076 | **DAVID:** Teléfono: 777-7500 Fax: 775-3050

**LA CHORRERA:** Teléfono: 253-3252 Fax: 253-7973 | **CHITRÉ:** Teléfono: 996-4656 Fax: 996-3210 | **COLÓN:** Teléfono: 441-1393

**PENONOMÉ:** Teléfono: 991-4209 | **SANTIAGO:** Teléfono: 998-3950 Fax: 998-4270

www.bcbsspma.com

Consulte a su corredor de seguros o contáctenos



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

Con el respaldo de



Suscrito y Administrado por Cia. 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.

Regulado y Supervisado por la Superintendencia de Seguros y Reaseguros de Panamá.



**PLANMÉDICO INTERNACIONAL**  
*Deluxe*



Nuestra experiencia nos ha permitido diseñarle, para su protección y el cuidado de la salud, planes auténticos y sofisticados:

# PLAN MÉDICO INTERNACIONAL *Deluxe*

Con este seguro de salud, usted se sentirá tranquilo de haber seleccionado el plan orientado a satisfacer sus necesidades integrales de Hospitalización, Servicios Ambulatorios y mucho más.

## TABLA DE BENEFICIOS

MÁXIMO VITALICIO	B/. 2,000,000.00
Cobertura	Panamá e Internacional
Red de Proveedores: - Local	No Aplica
- Internacional	BCBS – Red Tradicional
Deducible por Año Póliza por Asegurado:	Según Opción Seleccionada
Stop Loss por Año Póliza por Asegurado	
- Panamá, Colombia y Centroamérica	B/. 4,000.00
- Otros Países	B/. 8,000.00

RECLUSIÓN EN EL HOSPITAL- Pre Autorización	
Habitación Privada en Panamá, Colombia y Centroamérica	90% después del deducible
Habitación Semi-Privada en Otros Países	
Cuidados Intensivos	
Servicios Hospitalarios (Cargos Misceláneos). Exámenes mayores a B/.200.00 - Previa Autorización	
Cirugía: Honorarios Médicos y Asistente Quirúrgico - Previa Autorización	
Anestesia: Honorarios Médicos- Previa Autorización	
Visitas Intrahospitalarias: Honorarios Médicos <ul style="list-style-type: none"> <li>Médico Tratante - Una (1) visita al día. En exceso Previa Autorización</li> <li>Médico Especialista- Previa Autorización</li> </ul>	

SERVICIOS AMBULATORIOS	
Consultas Externas	90% después del deducible
Rayos X y Laboratorios	90% después del deducible
Exámenes Especiales (Previa Autorización)	90% después del deducible
Medicamentos Recetados	90% después del deducible
Pruebas o Estudios Diagnósticos	90% después del deducible
Procedimientos Especiales	90% después del deducible
Acupuntura <ul style="list-style-type: none"> <li>Máximo Anual</li> <li>Máximo Vitalicio</li> </ul>	90% después del deducible Cinco (5) tratamientos Veinte (20) tratamientos
Quiropráctica <ul style="list-style-type: none"> <li>Máximo anual</li> </ul>	90% después del deducible Veinte (20) sesiones
Terapias Físicas y de Rehabilitación <ul style="list-style-type: none"> <li>Máximo Anual</li> <li>Exceso del Límite Anual</li> </ul>	90% después del deducible Veinte (20) sesiones Previa autorización
Tratamiento Dirigido, Inmunoterapia, Monoclonales y Hormonoterapia	90% después del deducible B/. 200,000.00 Máximo vitalicio

SERVICIOS AMBULATORIOS	
Quimioterapias, Radioterapias y Hemodiálisis Sesiones Ambulatorias- Previa Autorización	90% después del deducible
Equipo Médico Durable	90% después del deducible B/. 5,000.00 Máximo vitalicio

CUARTO DE URGENCIAS	
Por Accidente	100%
Por Enfermedad Crítica Detallada	100%
Por Enfermedad No Crítico Detallada	80%, no aplica deducible

CIRUGÍA AMBULATORIA - Pre Autorización	
Honorarios Médicos	90% después del deducible
Cargos Misceláneos	90% después del deducible
Cirugía realizada en Consultorio	90% después del deducible

MATERNIDAD	
▶ Aplica para aseguradas principales o cónyuges, solteras o casadas.	
Período de Espera	Doce (12) meses para cubrir gastos, a partir de la fecha de inclusión de la Asegurada
<b>Cobertura:</b> Panamá, Centroamérica y Colombia Otros Países	Como cualquier condición Máximo B/. 10,000.00
Reclusión en el Hospital: Previa Autorización	90% después del deducible
<b>Servicios Ambulatorios:</b> Laboratorios, Vitaminas y Medicamentos	90% después del deducible
Consultas	Máximo Ocho (8)
Ultrasonidos Obstétricos	Máximo Tres (3)
Monitoreos Fetales	Máximo Dos (2)
Recien Nacido Sanos	90% no aplica deducible
Recien Nacido Prematuro	100% no aplica deducible Máximo por evento B/. 50,000.00

ENFERMEDAD CONGÉNITA, HEREDITARIA O ADQUIRIDA DEL RECIEN NACIDO	
Del Recién Nacido en Póliza	B/. 50,000.00 Máximo Vitalicio al 100% para cada niño

SIDA	
Máximo Anual	B/. 10,000.00 al 100%
Máximo Vitalicio	B/. 50,000.00 al 100%

TRASTORNOS MENTALES Y NERVIOSOS	
Tratamientos Psiquiátricos	90% después del deducible B/. 2,500.00 Anual B/. 25,000.00 Máximo Vitalicio

COBERTURA DENTAL	
Cobertura sujeta a cargos usuales, razonables y acostumbrados (URA). No aplica para tratamientos y/o procedimientos con fines de control, mantenimiento o estéticos	90% después del deducible B/. 2,000.00 Anual

TRASPLANTE DE ÓRGANOS Y TEJIDOS	
Periodo de Espera Procedimientos quirúrgicos y gastos de donante	Seis meses B/. 750,000.00 Máximo Vitalicio 100% no aplica deducible

MEDICINA PREVENTIVA: SÓLO APLICA EN PANAMÁ	
<b>Niños:</b> - Consulta de Control - Vacunas de Control: BCG (Tuberculosis), DPT (Difteria, Tosferina, Tétano), MMR o SPR (Sarampión, Rubéola, Paperas), Polio (Poliomielitis), Hepatitis A, Hepatitis B, Hibtiter (Meningitis), Varicela, Pentavalente (Difteria, Tétano, Tosferina, Meningitis por Haemophilus Tipo B y Hepatitis B), Rotavirus y Neumococo - Vacuna contra Virus de Papiloma Humano (VPH)	50% No aplica deducible  3 dosis 50% No aplica deducible
<b>Mujeres:</b> - Consulta Anual Ginecológica y Papanicolau - Mamografía anual a partir de los 35 años - Examen Anual de control a partir de los 45 años: (Ver detalle en tabla de beneficios)	50% No aplica deducible  50% No aplica deducible Máximo de B/. 300.00 por Año
<b>Hombres:</b> - PSA en sangre anual a partir de los 35 años - Examen Anual de control a partir de los 45 años: (Ver detalle en tabla de beneficios)	50% No aplica deducible  50% No aplica deducible Máximo de B/. 300.00 por Año

SERVICIOS DE ENFERMERA PRIVADA, CUIDADO EN EL HOGAR Y TERMINALES O PALEATIVOS	
Enfermera Privada: Previa Autorización Hasta 30 sesiones con un máximo de ocho (8) horas c/u	90% después del deducible
Cuidados en el Hogar: Previa Autorización Hasta 30 días	90% después del deducible Máximo Diario de B/. 300.00
Cuidado Terminales o Paleativos: Previa Autorización Hasta 60 días	90% después del deducible Máximo Diario de B/. 300.00

AMBULANCIA	
Terrestre	90% después del deducible
Aérea	90% después del deducible
Ambulancia privada para emergencias	100% afiliación incluida en Panamá

PASAJE AÉREO	
Sólo en caso de necesidad médica. Previa Autorización Asegurado y un Acompañante	Pasaje aéreo de ida y vuelta Clase Económica

HOSPEDAJE DE UN ACOMPAÑANTE	
Sólo en caso de necesidad médica. Previa Autorización- Sólo aplica por días de hospitalización del Asegurado	B/. 120.00 diarios- Máximo 90 días

GASTOS DE REPATRIACIÓN	
En caso que un Asegurado fallezca fuera de la República de Panamá	B/. 10,000.00 al 100%

COBERTURA FUERA DE PANAMÁ
<ul style="list-style-type: none"> <li>Sujeto a Previa Autorización y Aprobación por parte de la Compañía</li> <li>Aplica condición médica del Asegurado en los casos electivos o programados, con excepción de pólizas con Endoso Premium</li> <li>Requiere utilización de proveedores dentro de la Red del Sistema Blue Cross and Blue Shield</li> <li><b>Deducibles:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li><b>Panamá, Colombia y Centroamérica:</b> Aplica el deducible elegido ya sea por Urgencia Médica por accidente o enfermedad o por Casos Electivos y Programados</li> <li><b>Otros Países:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Urgencia Médica por Accidente y Enfermedad: Aplica el deducible de Panamá, Colombia y Centroamérica</li> <li>Tratamientos Electivos o Programados: se duplica el deducible de Panamá, Colombia y Centroamérica, con un mínimo de B/.5,000.00. Para los deducibles de B/.10,000.00 y B/.20,000.00 aplicará el mismo deducible, sin duplicarse</li> <li>El deducible acumulado en Panamá, Colombia y Centroamérica no aplica para completar o acumular al deducible correspondiente a otros países</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>

ENDOSO PREMIUM (OPCIONAL)
Triplifica el límite estipulado en la Tabla de Beneficios para las coberturas de Niños Prematuros y Enfermedades Congénitas, Hereditarias y Adquiridas del Recién Nacido
Otorga un 25% adicional de los montos usuales, razonables y acostumbrados para todos los beneficios cubiertos
Elimina el requisito de condición médica del asegurado para atenciones electivas o programadas fuera de Panamá
Costo: 10% adicional a lo detallado en la Tabla de Primas Mensuales

