

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	
	Asegurado Solo	Asegurado Cónyuge						
18-25	100.10	197.10	83.00	163.60	78.90	155.30	66.90	131.70
26-29	107.30	211.40	88.70	174.70	84.50	166.40	71.80	141.50
30-34	119.40	235.20	99.20	195.30	94.10	185.40	79.80	157.10
35-39	139.90	275.60	116.40	229.30	110.70	217.90	93.40	184.00
40-44	153.90	303.20	127.90	251.90	121.40	239.20	103.50	203.80
45-49	176.00	346.80	143.60	282.80	137.80	271.40	120.30	237.00
50-54	233.00	459.10	192.20	378.50	184.00	362.40	155.70	306.60
55-59	268.60	529.20	219.50	432.20	213.40	420.40	181.90	358.20
60-62	410.60	809.10	342.30	672.50	324.30	638.90	275.60	543.10

Hijos	Deducible Local B/ 1,000.00	Deducible Local B/ 1,500.00	Deducible Local B/ 2,000.00	Deducible Local B/ 4,000.00
Un hijo	68.70	56.50	53.20	44.50
Dos hijos	137.40	113.00	106.30	89.10
Tres hijos	206.10	169.60	159.50	133.60
Cada hijo adic.	34.40	28.30	26.70	22.30

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	
	Asegurado Solo	Asegurado Cónyuge						
18-25	119.00	234.40	98.90	194.80	93.90	184.90	79.70	156.80
26-29	127.70	251.40	105.60	208.10	100.60	198.10	85.50	168.40
30-34	142.00	279.80	118.10	232.40	112.00	220.70	95.00	187.00
35-39	166.50	328.00	138.60	273.00	131.70	259.40	111.20	219.00
40-44	183.20	360.70	152.20	299.90	144.60	284.70	123.20	242.60
45-49	209.50	412.70	170.90	336.60	164.00	323.00	143.30	282.10
50-54	277.20	546.00	228.80	450.70	219.00	431.40	185.30	365.10
55-59	319.70	629.60	261.20	514.60	254.00	500.50	216.60	426.50
60-62	488.80	962.70	406.50	800.60	386.10	760.60	328.20	646.50

Hijos	Deducible Local B/ 1,000.00	Deducible Local B/ 1,500.00	Deducible Local B/ 2,000.00	Deducible Local B/ 4,000.00
Un hijo	81.80	67.40	63.20	53.00
Dos hijos	163.60	134.70	126.50	106.10
Tres hijos	245.40	202.10	189.70	159.10
Cada hijo adic.	40.80	33.70	31.70	26.50

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	
	Asegurado Solo	Asegurado Cónyuge						
18-25	127.40	250.70	105.90	208.40	100.50	197.90	85.20	167.80
26-29	136.50	268.80	113.00	222.60	107.70	212.00	91.50	180.20
30-34	152.00	299.10	126.20	248.80	119.90	236.10	101.60	200.10
35-39	178.20	350.70	148.30	292.00	140.90	277.70	119.00	234.40
40-44	196.00	385.80	162.90	320.90	154.70	304.60	131.80	259.60
45-49	224.30	441.30	182.90	360.10	175.50	345.60	153.30	301.90
50-54	296.70	584.00	244.80	482.20	234.40	461.60	198.30	390.60
55-59	342.10	673.30	279.50	550.60	271.80	535.50	231.70	456.30
60-62	523.00	1,029.50	434.90	856.60	413.10	813.80	351.20	691.70

Hijos	Deducible Local B/ 1,000.00	Deducible Local B/ 1,500.00	Deducible Local B/ 2,000.00	Deducible Local B/ 4,000.00
Un hijo	87.50	72.10	67.70	56.70
Dos hijos	175.10	144.10	135.40	113.50
Tres hijos	262.70	216.20	203.10	170.20
Cada hijo adic.	43.80	36.00	33.90	28.40

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

REQUISITOS PARA SOLICITANTES DE PÓLIZAS DE SALUD

PANAMEÑOS

De 40 a 45 años (Hombre / Mujer)

- Hemograma Completo
- Urinálisis
- Perfil Lipídico
- Glicemia en Ayuna

De 46 a 62 años (Hombre / Mujer)

- Hemograma Completo
- Urinálisis
- Perfil Lipídico
- Glicemia en Ayuna
- Prueba de Nicotina
- Examen Físico
- EKG
- PSA en sangre (sólo Hombres)

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

EXTRANJEROS

De 18 a 30 años (Hombre / Mujer)

- Hemograma Completo
- Urinálisis
- Perfil lipídico
- Urinálisis
- Glicemia en ayuna
- Examen Físico

De 31 a 49 años (Hombre / Mujer)

- Hemograma Completo
- Glicemia en ayuna
- HB- HC (Hepatitis)
- Perfil lipídico
- Prueba de Nicotina
- Urinálisis
- PSA en Sangre (sólo en Hombres)
- EKG (Solo mayores de 45)
- Examen Físico

De 50 a 62 años (Hombre / Mujer)

- Hemograma Completo
- Glicemia en ayuna
- HB- HC (Hepatitis)
- Perfil lipídico
- Creatinina
- Urinálisis
- Prueba de Nicotina
- PSA en Sangre (sólo en Hombres)
- Examen Físico
- Prueba de Esfuerzo

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

MÉDICOS AUTORIZADOS

EXÁMEN FÍSICO (Previa Cita)	EKG	TELÉFONOS
Centro Médico Nacional <i>Dr. Rogelio Pérez Valdivieso</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.bcbpsma.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.



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



PLAN MÉDICO INTERNACIONAL

Plan Médico Internacional, es el producto más destacado y prestigioso del mercado, diseñado con la finalidad de ofrecer la mayor cantidad de beneficios y seguridad a los clientes más selectos y distinguidos, con un alcance internacional que brinda acceso a los más avanzados servicios médicos y hospitalarios a nivel mundial a través de **Blue Cross and Blue Shield**.

TABLA DE BENEFICIOS

MÁXIMO VITALICIO	B/. 1,000,000.00
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, Centroamérica y Colombia	B/. 4,000.00
- Otros Países	B/. 8,000.00

OPCIONES I II III

RECLUSIÓN EN EL HOSPITAL	
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 de B/.200.00 - Previa Autorización	
Cirugía: Honorarios Médicos y Asistente Quirúrgico Previa Autorización	
Anestesia: Honorarios Médicos - Previa Autorización	
Visitas Intrahospitalarias: Honorarios Médicos	
• Médico Tratante - Una (1) visita al día - En exceso Previa Autorización	
• Médico Especialista - Previa Autorización	

SERVICIOS AMBULATORIOS	
Quimioterapias, Radioterapias y Hemodiálisis	90% después del deducible
Sesiones Ambulatorias- Previa Autorización	
Tratamiento Dirigido, Inmunoterapia, Monoclonales y Hormonoterapia	Máximo Vitalicio B/. 100,000.00

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

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

MATERNIDAD	
▶ Aplica para aseguradas principales o cónyuges, solteras o casadas.	
Periodo de Espera	Doce (12) meses para cubrir gastos, a partir de la fecha de inclusión de la Asegurada
Cobertura:	
Panamá, Centroamérica y Colombia	Como cualquier condición
Otros Países	Máximo por evento B/. 5,000.00
Reclusión en el Hospital	90% después del deducible
Servicios Ambulatorios (Solo opción II y III)	
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/. 30,000.00

ENFERMEDAD CONGÉNITA, HEREDITARIA O ADQUIRIDA DEL RECIÉN NACIDO	
Del Recién Nacido en Póliza	B/. 30,000.00 Máximo Vitalicio al 100% para cada niño

SIDA	
Máximo Anual	B/. 5,000.00 al 100%
Máximo Vitalicio	B/. 25,000.00 al 100%

TRASTORNOS MENTALES Y NERVIOSOS	
Tratamientos Psiquiátricos	90% después del deducible B/. 1,000.00 Anual B/. 25,000.00 Máximo Vitalicio

COBERTURA DENTAL ANUAL	
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/. 200.00 Anual

TRASPLANTE DE ÓRGANOS Y TEJIDOS	
Periodo de Espera	Seis meses
Procedimientos quirúrgicos y gastos de donante	B/. 500,000.00 Máximo Vitalicio 100% no aplica deducible

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

MEDICINA PREVENTIVA	
Niños:	50% No aplica deducible
Consulta de Control- Hasta los seis años	
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	
Mujeres:	
- 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)	
Hombres:	
- PSA en sangre anual a partir de los 35 años	
- Examen Anual de control a partir de los 45 (Ver detalle en Tabla de Beneficios)	

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/. 7,500.00 al 100%

OPCIONES II III	
▶ SERVICIOS AMBULATORIOS	
En adición a los beneficios detallados, bajo estas opciones se cubre:	
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
Acupuntura	90% después del deducible
Máximo Anual	Cinco (5) tratamientos
Máximo Vitalicio	Veinte (20) tratamientos
Quiropráctica	90% después del deducible
Máximo Anual	Veinte (20) sesiones
Terapias Físicas y de Rehabilitación	90% después del deducible
Máximo Anual	Veinte (20) sesiones anuales
Exceso del Límite Anual	Previa autorización
Pruebas o Estudios Diagnósticos	90% después del deducible
Procedimientos Especiales	90% después del deducible

OPCIÓN III	
▶ SEGURO DE VIDA	
▶ En adición a los beneficios detallados bajo las opciones I y II, esta opción cubre	
• Asegurado Principal	B/. 50,000.00
• Cónyuge	B/. 25,000.00
• Cada Hijo	B/. 10,000.00

INGRESO DIARIO POR HOSPITALIZACIÓN	
A partir del segundo día de hospitalización	
• Máximo Diario	B/. 100.00
• Máximo Vitalicio por Asegurado	B/. 36,500.00

COBERTURA FUERA DE PANAMÁ	
• Sujeto a Previa Autorización y Aprobación por parte de la Compañía	
• Aplica condición médica del Asegurado en los casos electivos o programados, con excepción de pólizas con Endoso Premium	
• Requiere utilización de los proveedores dentro de la Red del Sistema Blue Cross and Blue Shield.	
• Deducibles:	
• Panamá, Colombia y Centroamérica: Aplica el deducible elegido ya sea por Urgencia Médica por accidente o enfermedad o por Casos Electivos y Programados.	
• Otros Países:	
- Urgencia Médica por Accidente y Enfermedad: Aplica el deducible de Panamá, Colombia y Centroamérica.	
- Tratamientos Electivos o Programados: Se duplica el deducible de Panamá, Colombia y Centroamérica con un mínimo de B/.5,000.00.	
- El deducible acumulado en Panamá, Colombia y Centroamérica no aplica para completar o acumular al deducible correspondiente a otros países	

ENDOSO PREMIUM (OPCIONAL)	
• Triplica 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	