

Cuadro de Coberturas

BENEFICIOS		PRIVITAL MATER	
MÁXIMO ANUAL RENOVABLE		15,000.00 / 25,000.00	
Deducible por Año Póliza por Asegurado: Panamá		Deducible B/. 200.00	
SERVICIOS AMBULATORIOS		RED PRIVITAL	RED PREFERENCIAL
Consulta Externa Médico General		Sin Copago	Copago B/. 20.00
Consulta Externa Médico Especialista		Copago B/. 15.00	Copago B/. 35.00
Consulta Externa con Sub Especialista Detallado		Copago B/. 25.00	Copago B/. 25.00
ESTUDIOS DE DIAGNÓSTICOS Y MEDICAMENTOS		RED PRIVITAL	RED PREFERENCIAL
Laboratorios, radiología y exámenes especiales		Coaseguro 25%	Coaseguro 35%
Radiología y Laboratorios (para condiciones pre existentes)		Coaseguro 50%	No aplica
Medicamentos Recetados (Cobertura máxima anual B/. 500.00) - (No aplica para condiciones pre existentes)		Reembolso 80%, después del deducible	
OTROS SERVICIOS AMBULATORIOS		RED PREFERENCIAL	
Terapias Físicas y de Rehabilitación - Requiere Pre-Autorización		Copago B/. 10.00 por evento	
- Máximo al Año		Veinte (20) Sesiones al año	
Inhaloterapias o Nebulizaciones		Copago B/. 5.00 por Sesión	
- Máximo al Año		Veinte (20) Sesiones al año	
CUARTO DE URGENCIAS		RED PRIVITAL	RED PREFERENCIAL
Por Accidente (Máximo por evento B/. 500.00)		Sin Copago	Copago B/. 25.00
Por Enfermedad Crítico Detallada (Máximo por evento B/. 500.00)		Sin Copago	Copago B/. 25.00
Por enfermedad No Crítica Detallada (Máximo por evento B/. 300.00)		Sin Copago	Copago B/. 75.00
CIRUGÍA AMBULATORIA (Requiere Pre-Autorización)		RED PREFERENCIAL	
Realizadas en el Consultorio del Médico (Cargos Misceláneos y Honorarios Médicos) Máximo B/. 200.00 por evento		Coaseguro 20% por evento	
Realizadas en el Hospital, Clínica o Centro de Cirugía Ambulatoria (Cargos Misceláneos y Honorarios Médicos)		Dentro del límite anual renovable Copago B/.150.00 por Evento	
RECLUSIÓN EN EL HOSPITAL (Requiere Pre-Autorización)			
Período de espera 12 meses para cirugías programadas			
a. Cuarto y Alimentación Diario			
b. Cuidado Intensivo Diario			
c. Servicios Hospitalarios (Cargos Misceláneos)			
Exámenes con costos mayores de B/.200.00 requieren Pre-Autorización			
d. Cirugía (Honorarios Médicos)			
Cirujano Asistente - Requiere Pre-Autorización			
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)			
		Copago B/. 200.00, máximo diez (10) días. A partir del décimo primer día (11), cobertura al 80%	
TRASPLANTE DE ÓRGANOS			
Máximo por evento		Coaseguro 20% dentro del límite anual renovable	
SERVICIOS PRIVADOS DE ENFERMERÍA			
Requiere Pre-autorización		Coaseguro 25% Máx. 30 turnos al año (8 horas cada turno)	
MATERNIDAD (No aplica a hijas dependientes)			
Período de Espera para iniciar el embarazo		12 meses	
Máximo por Embarazo. Cubre Gastos Prenatales y de Alumbramiento		Máximo B/. 4,000.00	
Consultas Pre-Natales: Máximo 9 consultas por embarazo		Copago de B/. 20.00	
- Ultrasonidos: Sin Límite		Coaseguro de 25%	
- Ultrasonidos 4D: Requiere Pre-Autorización		Coaseguro de 25%	
- Laboratorios		Coaseguro de 25%	
- Monitoreo Fetal		Coaseguro de 25%	
- Medicamentos y Vitaminas		Reembolso 80%, después del deducible	
Hospitalización Privada - Requiere Pre-Autorización		Copago por reclusión hospitalaria	
Incluye: Anestesia (Epidural) en Parto Normal		100%	
Salpingectomía		100% hasta B/. 1,000.00	
Tamizaje Neonatal Completo		100% hasta B/. 200.00	
Circuncisión - Requiere Pre-Autorización		Copago B/. 100.00 Requiere Pre-Autorización	
Recién Nacidos Prematuros		Máximo de 25% del límite anual renovable	
ENFERMEDAD CONGÉNITA, HEREDITARIA O ADQUIRIDA DEL RECIÉN NACIDO			
Recién Nacidos Cubiertos bajo la póliza (Aplica desde el primer día de nacido)		Como cualquier otra enfermedad, Máx. 25% del límite anual renovable	
SIDA			
Máximo por Año Póliza		Beneficio máximo anual B/. 5,000.00	
COBERTURA DENTAL			
Máximo por Año Póliza		Profilaxis bucal (1 al año) - Coaseguro del 25% RX Periapical copago B/. 10.00	
AMBULANCIA			
Local		Terrestre por Urgencia copago B/. 50.00 Traslados Intrahospitalarios Copago de 100.00 por evento	
MEDICINA PREVENTIVA		RED PRIVITAL	
Niños Sanos 0 a 6 años			
Consulta de Control		Copago B/. 15.00 Desde el nacimiento hasta la edad de 6 años - Control quincenal cuando la edad sea menor a 1 mes - Control mensual cuando la edad sea de 1 a 11 mes - Control semestral cuando la edad sea de 1 a 2 años - Control anual cuando la edad sea de 2 a 6 años	
Vacunas (BCG, Difteria + Tétano, DT aP, Hepatitis A, Hepatitis B, Hib Titer, MMR, Neumococo, Polio IM, Rotavirus, Varicela, VPH niños y niñas (3 aplicaciones)		Coaseguro 30%	
Exámenes de Control Anual (Hemograma, Heces, Urinálisis, Glucosa)		Copago B/. 25.00	
Mujeres (No aplica a hijas dependientes)			
Mamografía anual		Copago B/. 15.00	
Examen Anual de Control: - Hemograma, Urinálisis, Perfil Lipídico, Glucosa, Heces		Copago B/. 25.00	
Hombres			
Antígeno Prostático anual		Copago B/. 5.00	
Examen Anual de Control: - Hemograma, Urinálisis, Perfil Lipídico, Glucosa, Heces		Copago B/. 25.00	
SERVICIOS FUERA DE LA RED DE PROVEEDORES		No cubierto	