

# Cuadro de Coberturas

BENEFICIOS		PRIVITAL PRIMORDIAL	
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	
SIDA		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	
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	