

Cuadro de Coberturas

BENEFICIOS	PRIVITAL TOTAL
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)	RED PREFERENCIAL
Período de espera 12 meses para cirugías programadas	
a. Cuarto y Alimentación Diario	Copago B/. 200.00, máximo diez (10) días. A partir del décimo primer día (11), cobertura al 80%
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)	

TRASPLANTE DE ÓRGANOS	RED PREFERENCIAL
Máximo por evento	Coaseguro 20% dentro del límite anual renovable

SERVICIOS PRIVADOS DE ENFERMERÍA	RED PREFERENCIAL
Requiere Pre-autorización	Coaseguro 25% Máx. 30 turnos al año (8 horas cada turno)

SIDA	RED PREFERENCIAL
Máximo por Año Póliza	Beneficio máximo anual B/. 5,000.00

COBERTURA DENTAL	RED PREFERENCIAL
Máximo por Año Póliza	Profilaxis bucal (1 al año) - Coaseguro del 25% RX Periapical copago B/. 10.00

AMBULANCIA	RED PREFERENCIAL
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:	Copago B/. 25.00
- Hemograma, Urinálisis, Perfil Lipídico, Glucosa, Heces	

Hombres	
Antígeno Prostático anual	Copago B/. 5.00
Examen Anual de Control:	Copago B/. 25.00
- Hemograma, Urinálisis, Perfil Lipídico, Glucosa, Heces	

SERVICIOS FUERA DE LA RED DE PROVEEDORES	No cubierto
---	-------------