

Coberturas de la Póliza de Seguro Colectivo de Salud
Producto Colectivo con Cobertura Centroamérica y Panamá
TABLA DE BENEFICIOS DÓLARES

| Beneficios | Plan 100 \$ |
|---|--|
| Cobertura | Centroamérica y Panamá |
| Límite Máximo, por Año Póliza | \$100,000 |
| Deducible por año Póliza | \$100 |
| Emergencia médica por accidente (en la sala de Urgencias) | 100%. Según Gastos Necesarios, Razonables y Acostumbrados. No aplica Deducible, ni Coaseguro. |
| Emergencia médica por enfermedad | \$500 al 100%, el resto aplica Coaseguro del 20% el asegurado - 80% la Compañía. No aplica Deducible. |
| Tipo de Cobertura | Fuera y Dentro del Hospital. |
| Períodos de Espera | 90 días después de la Fecha de Inicio de la Póliza con excepción de Accidentes y Enfermedades Infecciosas. |
| Coaseguro | |
| Límite de coaseguro | \$5,000. Excedente al 100%. |
| Dentro de la Red con Pre-autorización | 20% el asegurado - 80% la Compañía. |
| Dentro de la Red sin Pre-autorización | 30% el asegurado - 70% la Compañía. |
| Fuera de la Red | 40% el asegurado - 60% la Compañía, de los Gastos Necesarios, Razonables y Acostumbrados que la Compañía hubiera pagado dentro de la Red de Proveedores. |
| TODAS LAS SIGUIENTES COBERTURAS APLICAN DEDUCIBLE Y COASEGURO A MENOS QUE SE INDIQUE LO CONTRARIO. | |
| Coberturas | |
| Cuarto y Alimento diario | \$500 por día. |
| Unidad de cuidados intensivos | \$1,250 por día, máximo 15 días. |
| Unidad de cuidados intermedios | \$1,000 por día, máximo 15 días. |
| Máximo de Estancia Hospitalaria | Ilimitado. |
| Trasplante de órganos vitalicio | \$100,000 de por vida. |
| Cobertura para Preexistencias Declaradas | \$ 7,000 por Asegurado, por Año Póliza (6 meses de periodo de espera). |
| Honorarios de Cirujano | Según Gastos Necesarios, Razonables y Acostumbrados. |
| Honorarios de Anestesiólogo | 30% del Cirujano Principal. |
| Honorarios de Cirujano Asistente (alta complejidad) | 20% del Cirujano Principal. |
| Medicamentos Hospitalarios | Según Gastos Razonables y Acostumbrados. (se cubrirán los medicamentos al momento del Alta Médica por un máximo de 10 días de tratamiento). |
| Medicamentos Ambulatorios | Aplicando Deducible, Coaseguro del 20% el asegurado - 80% la Compañía. |
| Ambulancia Local | Aérea local: \$1,500 por evento. Terrestre local: máximo \$300 por evento. Al 100%. No aplica Deducible, ni Coaseguro. |
| Cobertura Dental de emergencia por Accidente | Según Gastos Necesarios, Razonables y Acostumbrados. |
| Extracción de terceras molares impactadas | \$ 125 c/u al 100%. No aplica Deducible, ni Coaseguro. |
| Fisioterapia | 15 sesiones por año póliza según Gastos Necesarios, Razonables y Acostumbrados. Solo con Preautorización. |
| Servicios Ambulatorios | Según Gastos Necesarios, Razonables y Acostumbrados. Dentro de la Red, con preautorización. Consultas médicas a \$90 con co-pago \$10. |
| Cobertura por VIH – SIDA | \$ 10,000 vitalicio. |
| Maternidad | |
| | Plazo de espera 12 meses. Solo dentro de la Red de Proveedores. Aplica Deducible y Coaseguro. |
| Parto Normal | \$3,000 |
| Cesárea | \$3,500 |
| Complicaciones de Maternidad (según lista) | \$1,000 |
| Aborto Espontaneo | \$2,000 |
| Cuidado del recién nacido (incluye enfermedades congénitas) Vitalicio | Límite \$15,000 solo hospitalización. Prematuro \$15,000 solo hospitalización. Congénitas \$30,000 solo hospitalización. Cobertura los 15 primeros días de nacidos y con maternidad cubierta. |
| Control Niño sano (hasta los 5 años de edad) | \$ 200 por Año Póliza para Consulta y Vacunas que indica el Ministerio de Salud. Contra Reembolso. No aplica a Deducible, ni Coaseguro. |
| Coberturas Adicionales Opcionales | |
| * Renta Diaria por Hospitalización | \$50 diario. 2 días de carencia, 30 días máximo. |
| * Calzado Ortopédico (máximo 1 al año) | \$50. No aplica deducible, ni coaseguro, contra reembolso. |
| * COBERTURA OPCIONAL DE SERVICIOS ODONTOLÓGICOS | Colocar el Nombre del Plan Contratado. |
| * ASISTENCIA VIAJERA | |
| Asistencia Médica por Accidente o Emergencia Médica durante Viaje al exterior | US\$ 5,000 por año (Deducible US\$ 100.00) |
| Duración Máxima de Viaje | 30 días. |
| Transportación Aérea de Emergencia | US\$ 15,000. |
| Transportación Acompañante | US\$ 1,000. |
| Repatriación Médica | US\$ 10,000. |
| Desplazamiento Acompañante | US\$ 1,000 - clase económica. |
| Estancia Acompañante | US\$ 100 por día, hasta 5 días. |
| Repatriación Restos Mortales | US\$ 10,000. |
| Regreso de Menores por Muerte Titular | US\$ 1,000 por póliza. |
| Centro de Operaciones | 24 horas. |
| (Disponibilidad, Evaluación y Referencia Médica) | |
| Transportación Personalizada | Dentro de EEUU. |
| Arreglos Alojamiento en Hoteles Seleccionados | Dentro de EEUU. |
| Otras Asistencias Médicas (citas médicas o dentistas) | Dentro de EEUU. |
| Información Médica a Familiares y/o Empleador | De acuerdo a leyes locales de privacidad. |
| * CHEQUEO PREVENTIVO ANUAL | \$ 150 Consulta y Examen (1 por año póliza, dentro de la Red con pre-autorización). |
| * CHEQUEO OFTALMOLÓGICO | Según Gastos Necesarios, Razonables y Acostumbrados, Consulta y Examen, 1 por año póliza, dentro de la Red, al 100%. Requiere pre-autorización. |