

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

Beneficios	Plan 25 \$
Cobertura	Centroamérica y Panamá
Límite Máximo, por Año Póliza	\$25,000
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	\$375 por día.
Unidad de cuidados intensivos	\$1,000 por día, máximo 15 días.
Unidad de cuidados intermedios	\$750 por día, máximo 15 días.
Máximo de Estancia Hospitalaria	Ilimitado.
Trasplante de órganos vitalicio	\$25,000 de por vida.
Cobertura para Preexistencias Declaradas	\$ 2,500 por Asegurado, por Año Póliza (6 meses de período 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 Necesarios, 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	\$ 2,500 vitalicio.
Maternidad	
Plazo de espera 12 meses. Solo dentro de la Red de Proveedores. Aplica Deducible y Coaseguro.	
Parto Normal	\$2,000
Cesárea	\$2,500
Complicaciones de Maternidad (según lista)	\$1,000
Aborto Espontáneo	\$1,000
Cuidado del recién nacido (incluye enfermedades congénitas) Vitalicio	Límite \$2,500 solo hospitalización. Prematuro \$5,000 solo hospitalización. Congénitas \$15,000 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	\$20 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.