

SIGMA



Cobertura Nacional • Modalidad Abierta

Cobertura Nacional

Modalidad Abierta

EDAD DE INGRESO

El titular residente en el Ecuador podrá contratar el plan siempre que sea mayor de edad. Se podrá incluir a dependientes hasta el segundo grado de afinidad y cuarto grado de consanguinidad. Los titulares y/o dependientes podrán mantener su cobertura sin límite de edad y sin restricción de antecedentes médicos

ATENCIÓN HOSPITALARIA

Para brindar la mejor atención ofrecemos libre elección en hospitales y/o clínicas para tratamientos que requieran hospitalización y cirugías. Adicionalmente ofrecemos convenio de crédito hospitalario en los siguientes proveedores:

*Cobertura en todo el territorio nacional. La lista completa de proveedores con beneficio de crédito hospitalario puede ser consultada en <http://www.bmiigualasmedicas.com.ec/index.php/servicios/proveedores>

| PICHINCHA | GUAYAS | AZUAY | MANABÍ |
|---|---|--|------------------------------------|
| H. Metropolitano Hospital de los Valles Clínica de la Mujer | GHK Grupo Hospitalario Kennedy Clínica Alcívar Clínica Panamericana | H. del Río Clínica Santa Inés H. Monte Sinaí | Clínica del Sol Clínica Centeno |

PROVEEDORES HOSPITALARIOS CON PORCENTAJE DE COBERTURA DIFERENCIADA (90%)

| | |
|---|---|
| PICHINCHA: Clínica Pasteur Clínica Axxis Novaclínica Clínica de Especialidades Sur | GUAYAS: Clínica Kennedy Alborada Omnihospital Hospitales de la Junta de Beneficencia Clínica Alcívar Clínica San Gabriel Clínica Santa María |
|---|---|

RED MÉDICA EN COLOMBIA

“Contamos con convenios en los Hospitales más prestigiosos de Latinoamérica, ubicados en Colombia, donde te puedes atender con tu plan local”



PROVEEDORES AMBULATORIOS

Usted podrá acceder a la consulta médica general de especialidad, exámenes de laboratorio e imagen simples, de acuerdo a la disponibilidad, siempre y cuando estén amparados por un diagnóstico médico, sin aplicación de deducible, carencia ni copago. Los proveedores que forman parte de esta red están ubicadas en: Quito, Guayaquil, Cuenca, Coca, Ibarra, Ambato, Machala, Tulcán, Manta, Babahoyo y Esmeraldas.



FARMACIAS:

Libre elección de farmacias a nivel nacional (en las siguientes farmacias aplica un copago al 90% / 10%)



FARMACIAS (90%)

MEDICITY

SANA SANA

PHARMACYS

CRUZ AZUL

TIPO DE DEDUCIBLE POR AÑO CONTRATO / POR PERSONA

Opción I
USD 150

Opción II
USD 250

Opción III
USD 500

Opción IV
USD 1.000*

Opción V
USD 2.000*

*No aplica beneficio de \$0.00 COPAGO, en centros médicos ambulatorios de convenio.

TIPOS DE DEDUCIBLE POR PERSONA

| | |
|------------------------------|------------|
| Por incapacidad o enfermedad | USD 150.00 |
|------------------------------|------------|

TABLA DE BENEFICIOS MÁXIMOS

| | COBERTURAS |
|---|----------------------------|
| Límite Máximo por Incapacidad, por Titular y/o Dependiente | USD 100.000 |
| Límite Máximo por Incapacidad, por Titular y/o Dependiente para Enfermedades Crónicas, Catastróficas, Degenerativas y Raras | Como cualquier incapacidad |
| Límite máximo para cobertura de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida SIDA, SCRS y lo relacionado a HIV Positivo | USD 10.000 |
| Período de Carencia para atención ambulatoria | 30 Días |
| Período de Carencia para atención hospitalaria | 90 Días |
| Período de Carencia para Accidentes, Enfermedades Infecciosas, apendicitis y colecistitis aguda | No Aplica |
| Período de Carencia para Emergencia o Urgencia Médica | 24 Horas |
| Período de Incapacidad | 365 Días |
| Período de Acumulación de Cuentas | 180 Días |
| Período de presentación de siniestros | 90 Días |
| Servicio de Ambulancia | USD 100 |

ATENCIÓN HOSPITALARIA

| | |
|---|-----------|
| Cuarto y Alimento Diario sin aplicación de Deducible ni Copago | USD 200 |
| Máximo de días por Cuarto y Alimento o Unidad de Cuidados Intensivos | 240 Días |
| Unidad de Cuidados Intensivos Diario sin aplicación de Deducible al Copago por Incapacidad hospitalaria (BMI / Titular y/o Dependiente) | 100% |
| Copago por Incapacidad hospitalaria (BMI / Titular y/o Dependiente) | 80% / 20% |
| Límite de Copago hospitalario por año contrato por Titular y/o Dependiente | USD 8.000 |

SERVICIOS AMBULATORIOS

| | |
|--|-----------|
| Copago por Incapacidad ambulatoria (BMI / Titular y/o Dependiente) | 80% / 20% |
| Cobertura en Centros Médicos Ambulatorios con convenio de acuerdo al Anexo de Crédito Ambulatorio y/u Hospitalario | 100% |
| Urgencia Médica por Accidente sin aplicación de Deducible ni Copago | USD 1.000 |
| Medicinas al | 80% |

ATENCIÓN DE EMBARAZO (SOLO DISPONIBLE PARA DEDUCIBLES I, II, III)

| | |
|--|------------------|
| Sub Límite para Parto Normal, Cesárea, Aborto no provocado, sin aplicación de Deducible ni Copago | USD 2.000 |
| Sub Límite para Complicaciones de Maternidad | USD 25.000 |
| Sub Límite para Complicaciones del Recién Nacido | USD 25.000 |
| Preservación de Células Madres del cordón umbilical únicamente en proveedores autorizados sin aplicación de deducible ni copago. | 50% de Descuento |
| Período de Carencia para inicio de embarazo | 60 Días |

TRASPLANTE DE ÓRGANOS

| | |
|---|------------|
| Límite máximo para Trasplantes de Órganos | USD 50.000 |
|---|------------|

BENEFICIOS ADICIONALES (APLICA DEDUCIBLE, COPAGO Y TIEMPO DE CARENCIA)

| | |
|---|---|
| Prótesis y dispositivos de corrección que no sean quirúrgicamente necesarios al | 80% |
| Ligadura de Trompas de Falopio y Vasectomía, solo para Titular y/o su cónyuge o compañero en unión de hecho al | 80% |
| Anticonceptivos temporales por año contrato por Titular y/o Dependiente | USD 100 |
| Extracción de terceros molares (Límite máximo por molar) | USD 120 |
| Excímer Láser (desde 5,5 dioptrías) Quito - Vistotal y en Guayaquil - Dr. Francisco Rivera al | 80% |
| Cargos por alojamiento en Hospital y/o Clínica de un acompañante para menores de dieciséis años y mayores de setenta y cinco años (Límite máximo por día, máximo 10 días) | USD 50 |
| Cobertura para Incapacidades provenientes del uso o consumo de alcohol, drogas o estupefacientes | USD 500 |
| Cobertura para Lesiones debido a trastornos de salud mental, estados de demencia, incluidos a resultantes por intento de suicidio | USD 500 |
| Prestaciones con tarifa cero | Beneficios en base a la normativa vigente |

CONDICIONES PREEXISTENTES

| | |
|--|--------------------------------|
| Cobertura para condiciones preexistentes declaradas, por persona por año contrato luego del periodo de carencia (24 meses) | 20 salarios básicos unificados |
|--|--------------------------------|

EXONERACIÓN DE CUOTAS

| | |
|---|-------|
| Exoneración de Cuotas por fallecimiento del Titular | 1 Año |
|---|-------|