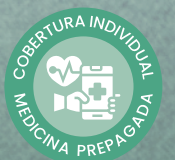




# INNOVA



- Cobertura Individual
- Medicina Prepagada



# ÁMBITO GEOGRÁFICO DE COBERTURA: ECUADOR

## 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.

### COBERTURA 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:

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

\*Cobertura en todo el territorio nacional. La lista completa de proveedores con beneficio de crédito hospitalario puede ser consultada en [www.bmicos.com/ecuador/iguales-medicas](http://www.bmicos.com/ecuador/iguales-medicas)

### 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 CON PORCENTAJE DE COPAGO DIFERENCIADO

Usted podrá acceder a consulta médica general y 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, periodo de carencia ni copago, aplica fee de \$ 10 por consulta médica, para el resto de procedimientos se puede aplicar un valor por atención. Terapias estarán cubiertas siempre que sean parte del tratamiento de una incapacidad.

### Fee centros médicos ambulatorios con convenio:

Consulta médica general o de especialidad \$10, otros procedimientos aplican un valor por atención (no sujeto a reembolso).

Los proveedores que forman parte de esta red están ubicadas en: Quito, Guayaquil, Cuenca, Coca, Ibarra, Ambato, Machala, Tulcán, Manta, Babahoyo, Latacunga, Loja, Santo Domingo, Lago Agrio, Yantzaza y Esmeraldas.



## FARMACIAS

Copago (Afiliado y/o Dependiente), por Incapacidad ambulatoria: 90%/10%



FARMACIAS ( 90% )

MEDICITY

SANA SANA

PHARMACYS

CRUZ AZUL

## OTROS BENEFICIOS

### Aplicando Deducible y Copago:

Vitaminas siempre y cuando sean parte del tratamiento de una incapacidad.

Medias elásticas, siempre y cuando sea parte del tratamiento de una incapacidad, seis (6) pares por año contrato.

### Sin aplicación de Deducible ni Copago

Una consulta ginecológica y examen de pap test por año contrato, solo para la titular y/o la cónyuge o compañera en unión de hecho del titular.

## TABLA DE BENEFICIOS MÁXIMOS

Nombre del Plan	Plan Individual Innova modalidad abierta
Tipo de Plan	Individual
Ámbito Geográfico de Cobertura	Ecuador
Modalidad	Abierta
Límite máximo por Incapacidad, por Titular y/o Dependiente	USD 80.000
Tipo de deducible	Por año de contrato, por titular y/o Dependiente para todas las incapacidades hospitalarias y/o ambulatorias
Valor de deducible	USD 250
Nombre de tarifario aplicable	Tarifario BMI
Límite de copago hospitalario por año contrato por titular y/o dependiente	USD 10.000
Periodo de incapacidad	365 días
Periodo de acumulación de cuentas	180 días
Periodo de presentación de siniestros	90 días

Todas las prestaciones sanitarias y beneficios cubiertos que no tienen un límite establecido en esta tabla, se someterán a lo estipulado en el título III de las condiciones generales de este contrato.

Todas las prestaciones sanitarias y beneficios descritos en esta tabla aplican deducible y copago, excepto en aquellos casos que se especifique lo contrario.

## PRESTACIONES SANITARIAS

### COBERTURA AMBULATORIA

	RED ABIERTA		
	Copago	Monto de cobertura	Carencia
Atención ambulatoria incluye consultas, exámenes, tratamientos y demás prestaciones y beneficios descritos en las condiciones generales de este contrato. En el caso de medicamentos, terapias y medicina ancestral se sujetarán a sus propios límites.	80%/20%	Monto total de cobertura	30 días
Medicamentos.	80%/20%	Monto total de cobertura	30 días
Terapias prescritas como parte del tratamiento de una incapacidad, sujetas al análisis de que son medicamento necesarias y a lo establecido en las condiciones generales de este contrato.	80%/20%	15 terapias por incapacidad	30 días
Medicina ancestral.	80%/20%	USD 500	30 días
Medicina alternativa.	80%/20%	Monto total de cobertura	30 días
Urgencia o emergencia médica con ocasión de un accidente en tanto sea tratada dentro de las cuarenta y ocho (48) horas inmediatas siguientes al accidente siempre y cuando no requiera de hospitalización, sin aplicación de deducible ni copago.	80%/20%	USD 500	24 horas

**COBERTURA PREHOSPITALARIA**

Servicio local de ambulancia terrestre, fluvial o aéreo legalmente autorizado por la autoridad sanitaria nacional.	80%/20%	USD 100	24 horas
--	---------	---------	----------

**COBERTURA HOSPITALARIA**

Atención hospitalaria, visita médica, cuidados de enfermería, interconsultas profesionales y beneficios descritos en las condiciones generales de esta póliza. En el caso de cuarto y alimento, unidad de cuidados intensivos y medicamentos se sujetarán a sus propios límites.	80%/20%	Monto total de cobertura	90 días
Cuarto y alimento diario.	80%/20%	USD 200 máx 240 días	90 días
Unidad de cuidados intensivos diario.	80%/20%	Monto o total cobertura máx 240 días	24 horas

**COBERTURA DE MATERNIDAD**

	Copago	Sub Límites / Topes Máximo de Cobertura	Carencia
Atención de embarazo, sin aplicación de deducible ni copago.	100%	USD 1.000	60 días
Complicaciones que se presenten durante el embarazo por hipertensión arterial inducida por el embarazo, preclamsia, diabetes gestacional, amenaza de parto prematuro, aborto no punible, embarazo ectópico, complicaciones del nonato y complicaciones del postparto.	80%/20%	USD 15.000	60 días

**COBERTURA DE RECIÉN NACIDO**

Atención del recién nacido y sus complicaciones (de una maternidad cubierta o inclusión intrauterio).	80%/20%	Monto total de cobertura	No aplica
---	---------	--------------------------	-----------

**PERSONAS CON DISCAPACIDAD**

Límite máximo por año contrato para condiciones preexistentes relacionadas a una discapacidad, por titular y/o dependiente.	80%/20%	20 SBU	3 meses
---	---------	--------	---------

**CONDICIONES PREEXISTENTES**

Límite máximo por año contrato para las condiciones preexistentes declaradas, por titular y/o dependiente.	80%/20%	20 SBU	24 meses
--	---------	--------	----------

**CONDICIONES PREEXISTENTES NO DECLARADAS**

Condiciones preexistentes no declaradas carecen de cobertura.			
---	--	--	--

**OTRAS COBERTURAS**

Trasplante de órganos.	80%/20%	USD 40.000	30 días amb. 90 días hosp.
Enfermedades congénitas, genéticas, hereditarias sobrevinientes a la suscripción de este contrato.	80%/20%	Monto total de cobertura	30 días amb. 90 días hosp.
Enfermedades degenerativas y raras sobrevinientes a la suscripción de este contrato.	80%/20%	Monto total de cobertura	30 días amb. 90 días hosp.
Atención oncológica integral que incluye cirugía reconstructiva y rehabilitación, siempre y cuando sea médicamente necesario y/o exista una incapacidad.	80%/20%	Monto total de cobertura	30 días amb. 90 días hosp.

**COBERTURAS ADICIONALES**

Urgencia médica por accidente o enfermedad.	80%/20 %	Monto total de cobertura	No aplica
Prótesis siempre que sean médicamente necesarias y parte del tratamiento de una incapacidad.	80%/20 %	USD 10.000	30 días amb. 90 días hosp.
Aparatos ortopédicos, excepto audífonos, siempre que sean médicamente necesarios y parte del tratamiento de una incapacidad.	80%/20 %	USD 10.000	30 días
Extracción de terceros molares (límite máximo por molar).	80%/20 %	USD 120 por molar	30 días
Excimer láser (desde 5.5 dioptrías únicamente en: Quito - Vistotal, Guayaquil - Dr. Francisco Rivera / Dr. Antonio Ordóñez).	80%/20 %	Monto total de cobertura	30 días
Fórmulas alimenticias medicadas para dependientes menores de dos (2) años siempre y cuando la incapacidad obligue su utilización y sea prescrita por un médico.	80%/20%	USD 500	30 días
Síndrome de inmunodeficiencia adquirida SIDA, SCRS y lo relacionado a HIV positivo.	80%/20%	USD 10.000	30 días amb. 90 días hosp.
Tratamiento dental de urgencia a consecuencia de accidente.	80%/20%	USD 1.000	24 días
Cargos por alojamiento en hospital y/o clínica de un acompañante para menores de dieciséis (16) años (límite máximo por día)	80%/20%	USD 50 máximo 10 días	90 días
Cirugía Robótica	80%/20 %	USD 25.000	90 días

**CUIDADO DENTAL**

Servicio prestado por la Red Confident. (Aplica periodo de carencia 30 días)

Especialidad	Copago
Prevención.- Consulta cirugía, endodoncia, implantología, odontopediatría, ortodoncia, periodoncia o con rehabilitación oral. Exámen clínico y diagnóstico, fase higiénica (profilaxis), rayos X (periapicales).	100%
Operatoria.- Resina en caries compleja, en caries compuesta o en caries simple.	70%
Periodoncia.- Remoción cálculos supragingivales por boca, Scaling periodontal.	70%
Odontopediatría.- Aplicación de Flúor (menores de 15 años), Flúor por desmineralización (1 sesión), Resina en temporales, Resinas en definitivos.	70%

**ASISTENCIA PARA EL CASO DE URGENCIA O EMERGENCIA MÉDICA COMPROBADA POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE DURANTE VIAJES AL EXTERIOR**

Cobertura para urgencia o emergencia médica por enfermedad o accidente, que no provengan de una exclusión. La Compañía cubrirá los gastos médicos necesarios, razonables y acostumbrados del país de incurrencia, al 100% luego de aplicado el deducible.

BENEFICIO	
Límite máximo por viaje por Titular y/o Dependiente	USD 50.000
Deducible dentro del territorio Schengen, por viaje por Afiliado	No aplica
Deducible fuera del territorio Schengen, por viaje por Afiliado	USD 150
Máximo de días por viaje	30 días

**CONDICIONES ESPECIALES**

No aplica período de carencia para accidentes, enfermedades infecciosas, apendicitis.



# BMI

Quito: Calle Suecia y Av. De los Shyrís , Edificio Plaza Renazzo, Planta Baja  
Telf:(02)294-140 0

Guayaquil: Parque Empresarial Colón. Av. Jaime Roldós Aguilera, Edificio  
Pacífica Center, Piso 3 y 4.  
Telf:(04)371- 7600

Cuenca: Autopista Cuenca Azogues, Edificio Cardeca Business Center, Planta  
Baja.  
Telf:(07)413-5520



[www.bmicos.com/ecuador/unique](http://www.bmicos.com/ecuador/unique)

