



Gastos médicos

# MAYORES



- Cobertura Individual
- Medicina Prepagada



## 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 tener su cobertura sin limite de edad y sin restricción de antecedentes médicos.

### COORDINACIÓN

El producto permite acceder a la coordinación de beneficios entre la cobertura contratada a través de BMI u otra alternativa de seguro. Sin exceder el 100% de los gastos incurridos presentando la liquidación de la otra compañía.

Si mantienes un plan médico con  
cobertura de menor valor



Hacemos que tu Plan Médico  
**sea aún mejor**

Te brindamos un  
plan complementario  
a tu plan médico existente.



Para cuidar  
tu patrimonio

Gastos Médicos Mayores  
cobertura de hasta  
**USD 500.000**

## 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”**



## TABLA DE COBERTURAS

Nobre del Plan	Plan Individual Gastos Médicos Mayores Modalidad Abierta
Modalidad	Abierta
Límite Máximo por Incapacidad, por Titular y/o Dependiente:	USD 500.000
Tipo de Deducible:	Por Año Contrato, por Titular y/o Dependiente
Valor de Deducible:	Opción I: USD. 5,000 ; Opción II: USD. 10,000; Opción III: USD. 15,000; Opción IV: USD. 20,000
Período de Incapacidad	365 Días
Período de Acumulación de Cuentas	180 Días
Período 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, luego de aplicado el Deducible. En el caso de Medicamentos, terapias y medicina ancestral se sujetarán a sus propios límites	100/0 %	Monto total de cobertura	30 Días
Medicamentos, luego de aplicado el Deducible			
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, luego de aplicado el Deducible			
Medicina alternativa, luego de aplicado el Deducible			

### COBERTURA HOSPITALARIA

Atención Hospitalaria incluye visita médica, cuidados de enfermería, interconsultas profesionales, y demás beneficios descritos en las Condiciones Generales de este Contrato, luego de aplicado el Deducible. En el caso de Cuarto y Alimento, Unidad de Cuidados Intensivos se sujetarán a sus propios límites	100/0 %	Monto total de cobertura	90 Días
Cuarto y Alimento Diario, luego de aplicado el Deducible		Monto total de cobertura Máximo 240 días	
Unidad de Cuidados Intensivos Diario, luego de aplicado el Deducible			

### COBERTURA DE MATERNIDAD

Atención de Embarazo, luego de aplicado el Deducible	100/0 %	Monto total de cobertura	60 Días
Complicaciones que se presenten durante el embarazo por hipertensión arterial inducida por el embarazo, preeclampsia, diabetes gestacional, amenaza de parto prematuro, aborto no punible, embarazo ectópico, complicaciones del nonato y complicaciones del postparto, luego de aplicado el Deducible		USD. 50,000	60 Días

### COBERTURA AL RECIÉN NACIDO

Atención del recién nacido y sus complicaciones (De una maternidad cubierta o inclusión intrauterino), luego de aplicado el Deducible	100/0 %	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, luego de aplicado el Deducible	100/0 %	20 SBU	3 Meses
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------	--------	---------

### CONDICIONES PREEXISTENTES

Límite Máximo por Año Contrato para todas las Condiciones Preexistentes declaradas, por Titular y/o Dependiente, luego de aplicado el Deducible	100/0 %	20 SBU	24 Meses
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------	--------	----------

### OTRAS COBERTURAS

Trasplantes de Órganos, luego de aplicado el Deducible	100/0 %	USD. 250,000	30 Días Ambulatorio 90 Días Hospitalario
--------------------------------------------------------	---------	--------------	---------------------------------------------

Red Abierta		
Copago	Monto de Cobertura	Carencia

## COBERTURAS ADICIONALES

Cobertura	Copago	Monto de Cobertura	Carencia
Ligadura de Trompas de Falopio y Vasectomía, solo para Titular y/o su cónyuge o compañero en unión de hecho, luego de aplicado el Deducible	100/0 %	Monto total de cobertura	90 Días
Urgencia Médica por Accidente o Enfermedad, luego de aplicado el Deducible			No Aplica
Fórmulas alimenticias medicadas para Dependientes menores de dos (2) años siempre y cuando la Incapacidad obligue su utilización y sea prescrita por un Médico, luego de aplicado el Deducible		USD. 3,000	30 Días
Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y lo relacionado al Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) Positivo, luego de aplicado el Deducible		USD. 10,000	30 Días Ambulatorio 90 Días Hospitalario
Tratamiento Dental de Urgencia a Consecuencia de Accidente, luego de aplicado el Deducible		Monto total de cobertura	24 Horas
Cargos por alojamiento en Hospital y/o Clínica de un acompañante para menores de dieciséis (16) años (Límite máximo por día), luego de aplicado el Deducible		USD. 50 Máximo 10 Días	90 Días
Cirugía robótica, luego de aplicado el Deducible		USD. 25,000	

## EXONERACIÓN DE CUOTAS

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

## CONDICIONES PREEXISTENTES NO DECLARADAS

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



# BMI

Quito: Calle Suecia y Av. De los Shyris , 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/iguales-medicas](http://www.bmicos.com/ecuador/iguales-medicas)

