

BMI



7 x 10.67 in

Afiliado y/o Cónyuge: Hasta 75 años

Hijos: Hasta 18 – Se extiende hasta 25 años

Nuevas inclusiones hasta los 65 años



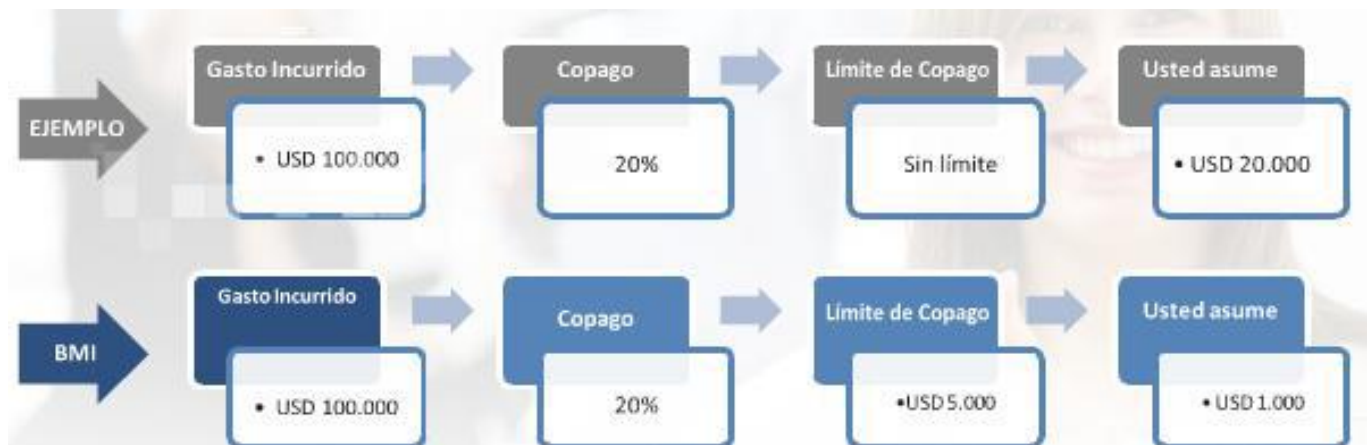
Enfermedades que hayan sido diagnosticadas y/o tratadas, se cubre a partir de inicio de vigencia siempre y cuando el cliente sea emitido con seguro anterior.



PLAN 5	PLAN 10	PLAN 70	PLAN 200	PLAN 500
\$2.000	\$4.000	\$5.000	\$7.000	\$10.000

Límite de copago - \$5.000 todos los planes

- Los gastos médicos que excedan los USD. 5,000.00 por una enfermedad o diagnóstico se cubrirán al 100%



MATERNIDAD – ASISTENCIA MÉDICA

- Cobertura de acuerdo al plan contratado.
- Maternidades que inicien en periodo de carencia solamente tienen el beneficio en atenciones prenatales.
- 32 semanas para notificar la maternidad.
- Hijo nacido de una maternidad no cubierta ingresa a partir del día 31.



CARENCIAS – ASISTENCIA MÉDICA

- Se elimina carencia para grupos que vengan de un seguro anterior.
- Nuevas inclusiones aplica carencia 90 días.
- Se cubre accidentes y enfermedades infectocontagiosas



TABLA DE BENEFICIOS MÁXIMOS	PLAN 5	PLAN 10	PLAN 70	PLAN 200	PLAN 500
Límite Máximo por Incapacidad	5,000.00 USD	10,000.00 USD	70,000.00 USD	200,000.00 USD	500,000.00 USD
Deducible por Año Contrato, por Afiliado y/o Dependiente	120.00 USD	120.00 USD	150.00 USD	180.00 USD	200.00 USD
Límite de Copago (Afiliado y/o Dependiente) por Incapacidad	No Aplica	5,000.00 USD	5,000.00 USD	5,000.00 USD	5,000.00 USD
Límite Máximo por Año Contrato para Condiciones Preexistentes declaradas o no, por Afiliado y/o Dependiente	2,000.00 USD	4,000.00 USD	5,000.00 USD	7,000.00 USD	10,000.00 USD
SERVICIOS AMBULATORIOS					
Tope de Consulta	Quito \$63.42	Quito \$63.42	Quito \$63.42	Quito \$63.42	Quito \$63.42
	Guayaquil \$82.45	Guayaquil \$82.45	Guayaquil \$82.45	Guayaquil \$82.45	Guayaquil \$82.45
	Resto del País \$50.74	Resto del País \$50.74	Resto del País \$50.74	Resto del País \$50.74	Resto del País \$50.74
Copago (Compañía / Afiliado y/o Dependiente), por Incapacidad ambulatoria	80%	80%	80%	80%	80%
Copago Centros Médicos Ambulatorios con convenio	4.00 USD	4.00 USD	4.00 USD	4.00 USD	4.00 USD
ATENCIÓN HOSPITALARIA					
Cuarto y Alimento diario al 100% hasta	170.00 USD	170.00 USD	200.00 USD	220.00 USD	250.00 USD
Máximo de días por Cuarto y Alimento	240 días	240 días	240 días	240 días	240 días
Unidad de Cuidados Intensivos Diario el	80%	80%	80%	90%	100%
Máximo de días por Unidad de Cuidados Intensivos	240 días	240 días	240 días	240 días	240 días
Copago (Compañía / Afiliado y/o Dependiente), por Incapacidad hospitalaria	80%	80%	80%	90%	100%
PRESTACIONES SANITARIAS					
Medicinas al	80%	80%	80%	80%	80%
Urgencia Médica por Accidente sin aplicación de Deducible ni Copago hasta	1,000.00 USD	1,000.00 USD	1,000.00 USD	1,000.00 USD	1,000.00 USD
Límite Máximo para Trasplantes de Órganos	5,000.00 USD	10,000.00 USD	20,000.00 USD	50,000.00 USD	150,000.00 USD
Sub Límite de cobertura para Donante de órganos a favor del Afiliado y/o Dependiente	5,000.00 USD	10,000.00 USD	10,000.00 USD	10,000.00 USD	10,000.00 USD
ATENCIÓN DE EMBARAZO					
Sub Límite para Parto Normal	1,500.00 USD	2,000.00 USD	2,500.00 USD	3,200.00 USD	3,700.00 USD
Sub Límite para Cesárea	1,500.00 USD	2,000.00 USD	2,500.00 USD	3,200.00 USD	3,700.00 USD
Sub Límite para Aborto No Provocado	1,500.00 USD	2,000.00 USD	2,500.00 USD	3,200.00 USD	3,700.00 USD
Sub Límite para Complicaciones de Maternidad	5,000.00 USD	5,000.00 USD	10,000.00 USD	15,000.00 USD	20,000.00 USD
Sub Límite para Complicaciones del Recién Nacido	5,000.00 USD	10,000.00 USD	20,000.00 USD	30,000.00 USD	50,000.00 USD
BENEFICIOS ADICIONALES					
Exímer Láser (luego de las 5.5 Dioptrías en proveedores autorizados por la Compañía)	Como cualquier incapacidad	Como cualquier incapacidad	Como cualquier incapacidad	Como cualquier incapacidad	Como cualquier incapacidad
Extracción de terceros molares (Límite Máximo por molar)	120.00 USD	120.00 USD	120.00 USD	120.00 USD	120.00 USD
Tratamiento de SIDA (Límite Máximo por Año Contrato)	5,000.00 USD	10,000.00 USD	20,000.00 USD	30,000.00 USD	50,000.00 USD
Examen de Mamografía	60.00 USD	60.00 USD	60.00 USD	60.00 USD	60.00 USD
Examen de Antígeno Prostático	60.00 USD	60.00 USD	60.00 USD	60.00 USD	60.00 USD
Cama acompañante (Límite Máximo por Día)	60.00 USD	60.00 USD	60.00 USD	60.00 USD	60.00 USD



Exímer Láser

Luego de las 5,5 Dioptrías

Como Cualquier Incapacidad

Dental

Extracción de Terceros Molares
120 USD

Tratamiento de SIDA

Límite Máximo por Año Contrato

10,000 USD

Preventivo

Examen de Mamografía

Examen de Antígeno Prostático















Alojamiento

Cama acompañante.

Menores de edad

CENTROS DE COPAGO – ASISTENCIA MÉDICA



QUITO		GUAYAQUIL		CUENCA
				
				
				
				
				

BMI IGUALAS 



BENEFICIOS ADICIONALES



SERVICIO DE
AMBULANCIA AÉREA



URGENCIA MÉDICA EN EL EXTERIOR



	PLAN BMI 5	PLAN BMI 10	PLAN BMI 70	PLAN BMI 200	PLAN BMI 500
Límite Máximo por viaje por Afiliado y/o Dependiente	5,000.00 USD	10,000.00 USD	20,000.00 USD	30,000.00 USD	50,000.00 USD
Deducible por viaje por Afiliado y/o Dependiente	150.00 USD				
Máximo de días por viaje	30 Días				

Viajes en el exterior
(De placer o de negocios)

Dentro de USA

800-8827796

Fuera de USA 13056654817



BENEFICIOS ADICIONALES



SERVICIOS AMBULATORIOS

Aplica deducible y condiciones de acuerdo al plan contratado.

PROVEEDORES QUITO	PROVEEDORES GUAYAQUIL	PROVEEDORES CUENCA	PROVEEDORES COCA
FARMACIAS			
MEDICITY	MEDICITY	SANA SANA	CRUZ AZUL
SANA SANA	SANA SANA	CRUZ AZUL	
CRUZ AZUL	CRUZ AZUL	PHARMACY'S	
PHARMACY'S	PHARMACY'S		

LABORATORIOS Y CENTROS DE ESPECIALIDAD

PROVEEDORES QUITO	PROVEEDORES GUAYAQUIL
CLINICA ARTHROS (Traumatología)	
PELVI SALUD (Suelo pélvico, ginecología, urología)	Unidad de Diagnóstico Médico UDIMED
CLINICA HARVARD (Servicio Radiológico – Imagen)	
A&M SALUD INFANTIL (Pediatria)	SANOSER
LABORATORIOS ZURITA & ZURITA	
Laboratorio Clínico	
PHYSSIO (Terapia y rehabilitación física)	

ATENCIONES HOSPITALARIAS

Aplica deducible y condiciones de acuerdo al plan contratado.

HOSPITALES QUITO	HOSPITALES GUAYAQUIL
1. NOVACLINICA	1. HOSPITAL DE LA MUJER ALFREDO G. PAULSON
2. CLINICA DE ESPECIALIDADES DEL SUR	2. HOSPITAL LUIS VERNAZA
3. CLINICA PASTEUR	3. HOSPITAL LEON BECERRA
4. AXXIS HOSPITAL	4. HOSPITAL PEDIATRICO ROBERTO GILBERT
	5. CLINICA SAN GABRIEL
	6. CLINICA SANTAMARÍA
	7. CLINICA KENNEDY ALBORADA
	8. OMNIHOSPITAL
	9. APROFE**
	10. HOSPITAL ALCIVAR

BMI Building at Town Center One
8950 SW 74th Court
Miami, Florida 33156
United States of America

✉ bmi@bmicos.com

Tel. +1[305] 443-2898

Fax +1[305] 442-8486

www.bmicos.com

    BMI Companies