



Planes BMI



DATOS DEL CLIENTE

RAZÓN SOCIAL: _____
BROKER: Cesar Espíndola
NO. DE AFILIADOS: 5

REGIÓN: SIERRA

*Documento referencial, no implica respaldo de oferta por parte de BMI.
 *Cuotas no incluyen impuestos.

TABLA DE BENEFICIOS MÁXIMOS	PLAN 5	PLAN 10	PLAN 70	PLAN 200	PLAN 500
Límite Máximo por Incapacidad, por Afiliado y/o Dependiente	5,000.00 USD	10,000.00 USD	70,000.00 USD	200,000.00 USD	500,000.00 USD
Límite Máximo por Incapacidad, por Afiliado y/o Dependiente para Enfermedades Crónicas, Catastróficas, Degenerativas y Raras	Como cualquier incapacidad	Como cualquier incapacidad	Como cualquier incapacidad	Como cualquier incapacidad	Como cualquier incapacidad
Límite máximo para cobertura de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida SIDA, SCRS y lo relacionado a HIV Positivo	5,000.00 USD	10,000.00 USD	20,000.00 USD	30,000.00 USD	50,000.00 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
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 por Incapacidad por Afiliado y/o Dependiente	No Aplica	5,000.00 USD	5,000.00 USD	5,000.00 USD	5,000.00 USD
Período de Carencia para atención ambulatoria	30 días	30 días	30 días	30 días	30 días
Período de Carencia para atención hospitalaria	90 días	90 días	90 días	90 días	90 días
Período de Carencia para Accidentes y Enfermedades Infecciosas	No Aplica	No Aplica	No Aplica	No Aplica	No Aplica
Período de Carencia para Emergencia Médica	24 Horas	24 Horas	24 Horas	24 Horas	24 Horas
Período de Carencia para Urgencia Médica	24 Horas	24 Horas	24 Horas	24 Horas	24 Horas
Período de Incapacidad	365 días	365 días	365 días	365 días	365 días
Período de Acumulación de Cuentas	180 días	180 días	180 días	180 días	180 días
Período de presentación de siniestros	90 días	90 días	90 días	90 días	90 días
Servicio de Ambulancia	100.00 USD	100.00 USD	100.00 USD	100.00 USD	100.00 USD

ATENCIÓN HOSPITALARIA

Cuarto y Alimento Diario sin aplicación de Deducible ni Copago	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 sin aplicación de Deducible al	Según porcentaje de Copago hospitalario descrito en esta Tabla y Anexos	Según porcentaje de Copago hospitalario descrito en esta Tabla y Anexos	Según porcentaje de Copago hospitalario descrito en esta Tabla y Anexos	Según porcentaje de Copago hospitalario descrito en esta Tabla y Anexos	Según porcentaje de Copago hospitalario descrito en esta Tabla y Anexos
Máximo de días por Unidad de Cuidados Intensivos	240 días	240 días	240 días	240 días	240 días
Copago por Incapacidad hospitalaria (Compañía / Afiliado y/o Dependiente)	80%	80%	80%	90%	100%

SERVICIOS AMBULATORIOS

Tope de Consulta	UIO \$63.42 GYE \$82.45 Resto País \$50.74	UIO \$63.42 GYE \$82.45 Resto País \$50.74	UIO \$63.42 GYE \$82.45 Resto País \$50.74	UIO \$63.42 GYE \$82.45 Resto País \$50.74	UIO \$63.42 GYE \$82.45 Resto País \$50.74
Copago (Compañía / Afiliado y/o Dependiente), por Incapacidad ambulatoria	80%	80%	80%	80%	80%
Urgencia Médica por Accidente sin aplicación de Deducible ni Copago hasta Medicinas al	1,000.00 USD 80%	1,000.00 USD 80%	1,000.00 USD 80%	1,000.00 USD 80%	1,000.00 USD 80%
Copago Centros Médicos Ambulatorios con convenio	4.00 USD	4.00 USD	4.00 USD	4.00 USD	4.00 USD

ATENCIÓN DE EMBARAZO

Sub Límite para Parto Normal, sin aplicación de Deducible ni Copago	1,500.00 USD	2,000.00 USD	2,500.00 USD	3,200.00 USD	3,700.00 USD
Sub Límite para Cesárea, sin aplicación de Deducible ni Copago	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, sin aplicación de Deducible ni Copago	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, sin aplicación de Deducible ni Copago	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, sin aplicación de Deducible ni Copago	5,000.00 USD	10,000.00 USD	20,000.00 USD	30,000.00 USD	50,000.00 USD
Período de Carencia para inicio de embarazo	60 días	60 días	60 días	60 días	60 días

TRASPLANTE DE ÓRGANOS

Límite Máximo para Trasplantes de Órganos	5,000.00 USD	10,000.00 USD	35,000.00 USD	100,000.00 USD	250,000.00 USD
---	--------------	---------------	---------------	----------------	----------------

BENEFICIOS ADICIONALES

Ligadura de Trompas de Falopio solo para la Afiliada y/o su cónyuge o compañera en unión de hecho	Como cualquier incapacidad	Como cualquier incapacidad	Como cualquier incapacidad	Como cualquier incapacidad	Como cualquier incapacidad
Vasectomía solo para el Afiliado y/o su cónyuge o compañero en unión de hecho	Como cualquier incapacidad	Como cualquier incapacidad	Como cualquier incapacidad	Como cualquier incapacidad	Como cualquier incapacidad
Anticonceptivos temporales por año contrato por Afiliado y/o Dependiente	100.00 USD	100.00 USD	100.00 USD	100.00 USD	100.00 USD
Extracción de terceros molares (Límite Máximo por molar)	120.00 USD	120.00 USD	120.00 USD	120.00 USD	120.00 USD
Excimer láser (desde 5.5 dioptrías únicamente en: Quito - Vistotal, Guayaquil - Dr. Francisco Rivera / Dr. Antonio Ordóñez) al	80%	80%	80%	80%	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)	60.00 USD	60.00 USD	60.00 USD	60.00 USD	60.00 USD
Cobertura para Incapacidades provenientes del uso o consumo de alcohol, drogas o estupefacientes	500.00 USD	500.00 USD	500.00 USD	500.00 USD	500.00 USD
Cobertura para Lesiones debido a trastornos de salud mental, estados de demencia, incluso a resultantes por intento de suicidio	500.00 USD	500.00 USD	500.00 USD	500.00 USD	500.00 USD
Prótesis y aparatos ortopédicos, siempre que sean médicamente necesarios al	80%	80%	80%	80%	80%
Examen de mamografía por año contrato solo para la Afiliada y/o su cónyuge o compañera en unión de hecho mayores a 40 años, sin aplicación de Deducible	60.00 USD	60.00 USD	60.00 USD	60.00 USD	60.00 USD
Examen de antígeno prostático por año contrato solo para el Afiliado y/o su cónyuge o compañero en unión de hecho mayores a 40 años, sin aplicación de Deducible	60.00 USD	60.00 USD	60.00 USD	60.00 USD	60.00 USD

PAGO DE CUOTAS

Cuota, neta mensual por Afiliado solo	56.27 USD	69.88 USD	88.50 USD	100.53 USD	116.95 USD
Cuota, neta mensual por Afiliado y un Dependiente	112.54 USD	139.76 USD	177.00 USD	201.05 USD	233.91 USD
Cuota, neta mensual por Afiliado y dos o más Dependientes	168.82 USD	209.64 USD	265.51 USD	301.58 USD	350.86 USD

PAGO DE CUOTAS BENEFICIOS ESPECIALES

Cuota, neta mensual por Afiliado solo	4.00 USD	4.00 USD	4.00 USD	4.00 USD	4.00 USD
Cuota, neta mensual por Afiliado y un Dependiente	4.00 USD	4.00 USD	4.00 USD	4.00 USD	4.00 USD
Cuota, neta mensual por Afiliado y dos o más Dependientes	4.00 USD	4.00 USD	4.00 USD	4.00 USD	4.00 USD

TOTAL PAGO DE CUOTAS NETAS

Cuota, neta mensual por Afiliado solo	60.27 USD	73.88 USD	92.50 USD	104.53 USD	120.95 USD
Cuota, neta mensual por Afiliado y un Dependiente	116.54 USD	143.76 USD	181.00 USD	205.05 USD	237.91 USD
Cuota, neta mensual por Afiliado y dos o más Dependientes	172.82 USD	213.64 USD	269.51 USD	305.58 USD	354.86 USD

Forma de Pago	Mensual / Trimestral Semestral / Anual	Mensual / Trimestral Semestral / Anual	Mensual / Trimestral Semestral / Anual	Mensual / Trimestral Semestral / Anual	Mensual / Trimestral Semestral / Anual
Revisión de Cuotas	Anual	Anual	Anual	Anual	Anual