



Planes BMI



DATOS DEL CLIENTE

RAZÓN SOCIAL:

REGIÓN:

SIERRA

BROKER:

Cesar Espíndola

NO. DE AFILIADOS:

5

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

TABLA DE BENEFICIOS MÁXIMOS	PLAN 5 SERIE B	PLAN 10 SERIE B	PLAN 70 SERIE B	(Escoger Opción)	(Escoger Opción)
Límite Máximo por Incapacidad, por Afiliado y/o Dependiente	5,000.00 USD	10,000.00 USD	70,000.00 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		
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		
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		
Deducible por Año Contrato, por Afiliado y/o Dependiente	80.00 USD	100.00 USD	150.00 USD		
Límite de Copago por Incapacidad por Afiliado y/o Dependiente	No Aplica	5,000.00 USD	5,000.00 USD		
Período de Carencia para atención ambulatoria	30 días	30 días	30 días		
Período de Carencia para atención hospitalaria	90 días	90 días	90 días		
Período de Carencia para Accidentes y Enfermedades Infecciosas	No Aplica	No Aplica	No Aplica		
Período de Carencia para Emergencia Médica	24 Horas	24 Horas	24 Horas		
Período de Carencia para Urgencia Médica	24 Horas	24 Horas	24 Horas		
Período de Incapacidad	365 días	365 días	365 días		
Período de Acumulación de Cuentas	180 días	180 días	180 días		
Período de presentación de siniestros	90 días	90 días	90 días		
Servicio de Ambulancia	100.00 USD	100.00 USD	100.00 USD		
ATENCIÓN HOSPITALARIA					
Cuarto y Alimento Diario sin aplicación de Deducible ni Copago	100.00 USD	130.00 USD	150.00 USD		
Máximo de días por Cuarto y Alimento	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		
Máximo de días por Unidad de Cuidados Intensivos	240 días	240 días	240 días		
Copago por Incapacidad hospitalaria (Compañía / Afiliado y/o Dependiente)	70% Quito y Guayaquil 80% Resto del País	70% Quito y Guayaquil 80% Resto del País	70% Quito y Guayaquil 80% Resto del País		
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		
Copago (Compañía / Afiliado y/o Dependiente), por Incapacidad ambulatoria	70% UIO y GYE 80% Resto del País	70% UIO y GYE 80% Resto del País	70% UIO y GYE 80% Resto del País		
Urgencia Médica por Accidente sin aplicación de Deducible ni Copago hasta	1,000.00 USD	1,000.00 USD	1,000.00 USD		
Medicinas al	80%	80%	80%		
Copago Centros Médicos Ambulatorios con convenio	4.00 USD	4.00 USD	4.00 USD		
ATENCIÓN DE EMBARAZO					
Sub Límite para Parto Normal, sin aplicación de Deducible ni Copago	1,000.00 USD	1,200.00 USD	1,500.00 USD		
Sub Límite para Cesárea, sin aplicación de Deducible ni Copago	1,000.00 USD	1,200.00 USD	1,500.00 USD		
Sub Límite para Aborto no Provocado, sin aplicación de Deducible ni Copago	1,000.00 USD	1,200.00 USD	1,500.00 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		
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		
Período de Carencia para inicio de embarazo	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		
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		
Vasectomía solo para el Afiliado y/o su cónyuge o compañero en unión de hecho	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		
Extracción de terceros molares (Límite Máximo por molar)	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%		
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		
Cobertura para Incapacidades provenientes del uso o consumo de alcohol, drogas o estupefacientes	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		
Prótesis y aparatos ortopédicos, siempre que sean médicamente necesarios al	70% Quito y Guayaquil 80% Resto del País	70% Quito y Guayaquil 80% Resto del País	70% Quito y Guayaquil 80% Resto del País		
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		
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		
PAGO DE CUOTAS					
Cuota, neta mensual por Afiliado solo	41.98 USD	51.73 USD	63.43 USD		
Cuota, neta mensual por Afiliado y un Dependiente	83.95 USD	103.45 USD	126.84 USD		
Cuota, neta mensual por Afiliado y dos o más Dependientes	125.94 USD	155.70 USD	190.27 USD		
PAGO DE CUOTAS BENEFICIOS ESPECIALES					
Cuota, neta mensual por Afiliado solo	3.00 USD	3.00 USD	3.00 USD		
Cuota, neta mensual por Afiliado y un Dependiente	3.00 USD	3.00 USD	3.00 USD		
Cuota, neta mensual por Afiliado y dos o más Dependientes	3.00 USD	3.00 USD	3.00 USD		
TOTAL PAGO DE CUOTAS NETAS					
Cuota, neta mensual por Afiliado solo	44.98 USD	54.73 USD	66.43 USD		
Cuota, neta mensual por Afiliado y un Dependiente	86.95 USD	106.45 USD	129.84 USD		
Cuota, neta mensual por Afiliado y dos o más Dependientes	128.94 USD	158.70 USD	193.27 USD		
Forma de Pago	Mensual / Trimestral Semestral / Anual	Mensual / Trimestral Semestral / Anual	Mensual / Trimestral Semestral / Anual		
Revisión de Cuotas	Anual	Anual	Anual		