



SIGMA



- 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 mantener su cobertura sin límite de edad y sin restricción de antecedentes médicos.

ATENCIÓN 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 Panamericana	H. del Río Clínica Santa Inés H. Monte Sinaí	Clínica del Sol Clínica Centeno

PROVEEDORES HOSPITALARIOS CON PORCENTAJE DE COPAGO DIFERENCIADO (90/10%)

PICHINCHA: Clínica Axxis Clínica de Especialidades del Sur Clínica Pasteur Novaclínica Hospital Alianza Clínica Integral Clínica de la Mujer Clínica Arthros	GUAYAS: Clínica Kennedy Alborada Omnihospital Hospitales de la Junta de Beneficencia Clínica Alcívar Clínica San Gabriel Clínica Santa María UEES Clinic Interhospital
---	---

*Cobertura en todo el territorio nacional. La lista completa de proveedores con beneficio de crédito hospitalario puede ser consultada en www.bmicos.com/ecuador/iguas-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 AMBULATORIOS

Usted podrá acceder a la consulta médica general 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, carencia y copago de USD 10. 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

TABLA DE BENEFICIOS MÁXIMOS

Nombre del Plan	Contrato de Servicios de Atención Integral de Salud Prepagada Individual
Modalidad	Abierta
Tipo de Deducible	Por Año Contrato, por Titular y/o Dependiente para todas las Incapacidades hospitalarias y/o ambulatorias
Valor de Deducible	Opciones: USD 150, USD 250, USD 500
Límite Máximo por Incapacidad, por Titular y/o Dependiente	USD 150.000
Límite de Copago Hospitalario por año contrato por Titular y/o Dependiente	USD 8.000
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 descritos en esta Tabla aplican Deducible y Copago, excepto en aquellos casos que se especifique lo contrario.

PRESTACIONES SANITARIAS

ATENCIÓN AMBULATORIA	Copago	Sub Límites / Topes Máximo de Cobertura	Carencia
Atención Ambulatoria incluye consultas, exámenes, tratamientos	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	80/20%	Monto total de cobertura	30 Días
Medicina Alternativa	80/20%	USD 500	30 Días
Medicina Ancestral	80/20%	USD 500	30 Días
ATENCIÓN HOSPITALARIA			
Incluye visita médica, cuidados de enfermería, interconsultas profesionales	80/20%	Monto total de cobertura	90 Días
Cuarto y Alimento Diario sin aplicación de Deducible ni Copago	100/0%	USD 200 Máx. 240 días	90 Días
Unidad de Cuidados Intensivos Diario sin aplicación de Deducible	100/0%	Monto total de cobertura Máx. 240 días	90 Días

	Copago	Sub Límites / Topes Máximo de Cobertura	Carencia
--	--------	---	----------

ATENCIÓN DE EMBARAZO

Atención de Embarazo, sin aplicación de Deducible ni Copago. No aplica deducibles de \$1.000 y \$2.000	100/0%	USD 2.000	60 Días
Complicaciones de maternidad: hipertensión arterial inducida por el embarazo, amenaza de parto prematuro, diabetes gestacional, preeclamsia, complicaciones del neonato y complicaciones del postparto. No aplica deducibles de \$1.000 y \$2.000	80/20%	USD 25.000	60 Días

ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO

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

OTRAS PRESTACIONES SANITARIAS

Enfermedades congénitas, genéticas, hereditarias	80/20%	Monto total de cobertura	30 Días Amb. 90 Días Hosp.
Enfermedades degenerativas y raras sobrevivientes	80/20%	Monto total de cobertura	30 Días Amb. 90 Días Hosp.
Urgencia Médica por Accidente o Enfermedad	80/20%	Monto total de cobertura	24 Horas
Atención oncológica, reconstructiva y rehabilitación cirugía	80/20%	Monto total de cobertura	30 Días Amb. 90 Días Hosp.
Trasplantes de Órganos	80/20%	USD 75.000	30 Días Amb. 90 Días Hosp.

PROHIBICIONES A LAS EXCLUSIONES

Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida SIDA, SCRS y lo relacionado a HIV Positivo	80/20%	USD 10.000	30 Días Amb. 90 Días Hosp.
Fórmulas alimenticias medicadas, siempre y cuando la Incapacidad obligue su utilización y sea prescrita por un Médico	80/20%	USD 3.000	30 Días
Ligadura de Trompas de Falopio y Vasectomía, solo para Titular y/o su cónyuge o compañero en unión de hecho	80/20%	Monto total de cobertura	90 Días

PROHIBICIONES A LAS EXCLUSIONES	Copago	Sub Límites / Topes Máximo de Cobertura	Carencia
Anticonceptivos temporales por año contrato, por Titular y/o Dependiente	80/20%	USD 100	30 Días
Cargos por alojamiento en Hospital y/o Clínica de un acompañante para recién nacido, menores de dieciséis años y mayores de setenta y cinco años (Límite máximo por día)	80/20%	USD 50 Max. 10 Días	90 Días
Cobertura para Incapacidades provenientes del uso o consumo de alcohol, drogas o estupefacientes	80/20%	USD 500	30 Días Amb. 90 Días Hosp.
Cobertura para Lesiones debido a Trastornos de la Salud Mental, estados de demencia, incluso a resultantes por intento de suicidio	80/20%	USD 500	30 Días Amb. 90 Días Hosp.

OTROS BENEFICIOS

Extracción de terceros molares (Límite máximo por molar)	80/20 %	USD 120 Por molar	30 Días
Aparatos ortopédicos, excepto audífonos, siempre que sean Médicamente Necesarios y parte del tratamiento de una Incapacidad	80/20 %	Monto total de cobertura	30 Días
Prótesis siempre que sean Médicamente Necesarias y parte del tratamiento de una incapacidad	80/20 %	Monto total de cobertura	30 Días Amb. 90 Días Hosp.
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
Emergencia Médica relacionada a una Condición Preexistente declarada, incurrida durante el Periodo de Carencia establecido para Condiciones Preexistentes, por Titular y/o Dependiente	80/20 %	USD 500	24 Horas
Emergencia Médica relacionada a una Condición Preexistente no declarada, por Titular y/o Dependiente	80/20 %	USD 500	24 Horas
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 1.000	24 Horas
Cirugía Robótica	80/20 %	USD 25.000	90 Días

	Copago	Sub Límites / Topes Máximo de Cobertura	Carencia
CONDICIONES PREEXISTENTES			
Límite Máximo por Año Contrato para todas las Condiciones Preexistentes declaradas, por Titular y/o Dependiente	80/20%	20 SBU	24 Meses
No declaradas		Carecen de cobertura	

EXONERACIÓN DE CUOTAS

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

CUIDADO DENTAL

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

Especialidad	Copago
Prevención.- Consulta con cirugía, con endodoncia, con implantología, con odontopediatría, con ortodoncia, con 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 y colecistitis aguda.



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

codido qr

www.bmicos.com/ecuador/unique

