



Comparador de Planes de Cobertura Nacional

	Sigma	Innova	Gastos Médicos Mayores
TABLA DE BENEFICIOS MÁXIMOS			
Tipo de Plan	Individual	Individual	Individual
Ámbito Geográfico de Cobertura	n/a	Ecuador	n/a
Modalidad	Abierta	Abierta	Abierta
Tipo de Deducible	Por Año Contrato, por Titular y/o Dependiente para todas las Incapacidades hospitalarias y/o ambulatorias. Por Incapacidad Ambulatoria, por Titular y/o Dependiente.	Por Año Contrato, por Titular y/o Dependiente para todas las Incapacidades hospitalarias y/o ambulatorias	Por Año Contrato, por Titular y/o Dependiente
Valor de Deducible	Opciones: USD. 150 ; USD. 250 ; USD. 500; USD. 1,000 ; USD. 2,000	USD 250	Opción I: USD. 5,000 ; Opción II: USD. 10,000; Opción III: USD. 15,000; Opción IV: USD. 20,000
Límite Máximo por Incapacidad, por Titular y/o Dependiente	USD. 150,000	USD 80.000	USD. 500,000
Límite de Copago Hospitalario por Año Contrato, por Titular y/o Dependiente	USD. 8,000	USD 10.000	n/a
Nombre del Tarifario Aplicable	Tarifario BMI	Tarifario BMI	Tarifario BMI
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
ATENCIÓN AMBULATORIA			
Atención Ambulatoria incluye consultas, exámenes, tratamientos y demás prestaciones y beneficios descritos en las Condiciones Generales de este Contrato. En el caso de Medicamentos, terapias y medicina ancestral se sujetarán a sus propios límites	Monto total de cobertura	Monto total de cobertura	Monto total de cobertura
Medicamentos	Monto total de cobertura	Monto total de cobertura	Monto total de cobertura

	Sigma	Innova	Gastos Médicos Mayores
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	Monto total de cobertura	15 terapias por incapacidad	Monto total de cobertura
Medicina ancestral	USD. 500	USD. 500	USD. 500
Medicina alternativa	Monto total de cobertura	Monto total de cobertura	Monto total de cobertura
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	n/a	USD. 500	n/a
COBERTURA PREHOSPITALARIA			
Servicio local de Ambulancia terrestre, fluvial o aéreo legalmente autorizado por la Autoridad Sanitaria Nacional	n/a	USD 100	n/a
ATENCIÓN HOSPITALARIA			
Atención Hospitalaria incluye visita médica, cuidados de enfermería, interconsultas profesionales, y demás beneficios descritos en las Condiciones Generales de este Contrato. En el caso de Cuarto y Alimento, Unidad de Cuidados Intensivos se sujetarán a sus propios límites	Monto total de cobertura	Monto total de cobertura	Monto total de cobertura
Cuarto y Alimento Diario sin aplicación de Deducible ni Copago	USD. 200 Máximo 240 días	USD. 200 Máximo 240 días	Monto total de cobertura Máximo 240 días
Unidad de Cuidados Intensivos Diario sin aplicación de Deducible	Monto total de cobertura Máximo 240 días	Monto total de cobertura Máximo 240 días	Monto total de cobertura Máximo 240 días
ATENCIÓN DE EMBARAZO			
Atención de Embarazo, sin aplicación de Deducible ni Copago	USD. 2,000	USD 1.000	n/a
Atención de Embarazo	n/a	n/a	Monto total de cobertura

	Sigma	Innova	Gastos Médicos Mayores
Complicaciones de maternidad: hipertensión arterial inducida por el embarazo, amenaza de parto prematuro, diabetes gestacional, preeclampsia, complicaciones del nonato y complicaciones del postparto	USD. 25,000	n/a	USD. 50,000
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	n/a	USD 15.000	n/a
ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO			
Atención del recién nacido y sus complicaciones (De una maternidad cubierta o inclusión intrauterio)	Monto total de cobertura	Monto total de cobertura	Monto total de cobertura
OTRAS PRESTACIONES SANITARIAS			
Urgencia Médica por Accidente o Enfermedad	Monto total de cobertura	n/a	Monto total de cobertura
Enfermedades Congénitas, Genéticas y Hereditarias sobrevinientes a la suscripción de este Contrato	Monto total de cobertura	Monto total de cobertura	Monto total de cobertura
Enfermedades Degenerativas y Raras sobrevinientes a la suscripción de este Contrato	Monto total de cobertura	Monto total de cobertura	Monto total de cobertura
Atención oncológica integral que incluye cirugía reconstructiva y rehabilitación, siempre y cuando sea Médicamente Necesario y/o exista una Incapacidad	Monto total de cobertura	Monto total de cobertura	Monto total de cobertura
Trasplantes de Órganos	USD. 75,000	USD. 40,000	USD. 250,000
CLÁUSULAS CONTRACTUALES OBLIGATORIAS			
Enfermedades Crónicas, Catastróficas sobrevinientes a la suscripción de este Contrato	Monto total de cobertura	Monto total de cobertura	Monto total de cobertura
Emergencia Médica por Accidente o Enfermedad	Monto total de cobertura	Monto total de cobertura	Monto total de cobertura
Prestaciones de Prevención Primaria de acuerdo a lo estipulado en el Capítulo XXIX Prestaciones con Tarifa Cero de las Condiciones Generales de este Contrato	Monto total de cobertura	Monto total de cobertura	Monto total de cobertura

	Sigma	Innova	Gastos Médicos Mayores
Otras que determine la Autoridad Sanitaria Nacional	n/a	USD 500	n/a
PROHIBICIONES A LAS EXCLUSIONES			
Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida SIDA, SCRS y lo relacionado a HIV Positivo	USD. 10,000	n/a	USD. 10,000
Fórmulas alimenticias medicadas, siempre y cuando la Incapacidad obligue su utilización y sea prescrita por un Médico	USD. 3,000	n/a	USD. 3,000
Ligadura de Trompas de Falopio y Vasectomía, solo para Titular y/o su cónyuge o compañero en unión de hecho	Monto total de cobertura	n/a	Monto total de cobertura
Anticonceptivos temporales por año contrato, por Titular y/o Dependiente	USD. 100	n/a	USD. 100
Tratamiento Dental de Urgencia a Consecuencia de Accidente	Monto total de cobertura	n/a	Monto total de cobertura
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)	USD. 50 Máximo 10 Días	n/a	USD. 50 Máximo 10 Días
Delgadez y Obesidad siempre y cuando exista diagnóstico médico definitivo y sea Medicamente Necesario	Monto total de cobertura	n/a	Monto total de cobertura
Cobertura para Incapacidades provenientes del uso o consumo de alcohol, drogas o estupefacientes	USD. 500	n/a	USD. 500
Cobertura para Lesiones debido a Trastornos de la Salud Mental, estados de demencia, incluso a resultantes por intento de suicidio	USD. 500	n/a	USD. 500
No se puede excluir individual o colectivamente la cobertura de atenciones por condiciones laborales o profesionales. Sin embargo se puede ajustar las primas de acuerdo al riesgo.	n/a	Monto total de cobertura	n/a

	Sigma	Innova	Gastos Médicos Mayores
Respecto al consumo de alcohol, drogas y estupefacientes, las únicas exclusiones permitidas son las Enfermedades, lesiones, secuelas y complicaciones producto de actos tipificados como faltas a la ley, infracciones, contravenciones y/o delitos.	n/a	USD 500	n/a
No se podrá excluir la cobertura para atención de emergencia para condiciones que sean consecuencias de intento de suicidio, producto de Enfermedad mental de base orgánica.	n/a	USD 500	n/a
PERSONAS CON DISCAPACIDAD			
Límite Máximo por Año Contrato para Condiciones Preexistentes relacionadas a una discapacidad, por Titular y/o Dependiente	n/a	20 SBU	n/a
OTROS BENEFICIOS			
Urgencia Médica por Accidente o Enfermedad	n/a	Monto total de cobertura	n/a
Prótesis siempre que sean Médicamente Necesarias y parte del tratamiento de una Incapacidad	Monto total de cobertura	USD 10.000	n/a
Aparatos ortopédicos, excepto audífonos, siempre que sean Médicamente Necesarios y parte del tratamiento de una Incapacidad	Monto total de cobertura	USD 10.000	n/a
Extracción de terceros molares (Límite máximo por molar)	USD. 120 Por molar	USD 120 por molar	n/a
Excimer láser (desde 5.5 dioptrías únicamente en: Quito - Vistotal, Guayaquil - Dr. Francisco Rivera / Dr. Antonio Ordóñez)	Monto total de cobertura	Monto total de cobertura	n/a
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	USD. 1,000	n/a	n/a
Emergencia Médica relacionada a una Condición Preexistente declarada, incurrida durante el Período de Carencia establecido para Condiciones Preexistentes, por Titular y/o Dependiente	USD. 500	n/a	USD. 500
Emergencia Médica relacionada a una Condición Preexistente no declarada, por Titular y/o Dependiente	USD. 500	n/a	USD. 500

	Sigma	Innova	Gastos Médicos Mayores
Fórmulas alimenticias medicadas para Dependientes menores de dos (2) años siempre y cuando la Incapacidad obligue su utilización y sea prescrita por un Médico	n/a	USD 500	n/a
Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), SCRS y lo relacionado a HIV Positivo	n/a	USD 10.000	n/a
Tratamiento Dental de Urgencia a Consecuencia de Accidente	n/a	USD 1.000	n/a
Cargos por alojamiento en Hospital y/o Clínica de un acompañante para menores de dieciséis (16) años (Límite máximo por día)	n/a	USD 50 Máximo 10 Días	n/a
Servicio local de Ambulancia	USD. 100	n/a	USD. 100
Cirugía robótica	USD. 25,000	USD. 25,000	USD. 25,000
CONDICIONES PREEXISTENTES			
Límite Máximo por Año Contrato para todas las Condiciones Preexistentes declaradas	20 SBU	n/a	20 SBU
Límite Máximo por Año Contrato para Condiciones Preexistentes relacionadas a una discapacidad	20 SBU	n/a	20 SBU
Límite Máximo por Año Contrato para todas las Condiciones Preexistentes declaradas, por Titular y/o Dependiente	n/a	20 SBU	n/a
CONDICIONES PREEXISTENTES NO DECLARADAS			
Condiciones preexistentes no declaradas carecen de cobertura		n/a	n/a