COOPERATIVA DE AHORRO Y CRÉDITO SUMAK KAWSAY LTDA.

Instructivo de Seguros

Gastos Médicos Mayores

Para la alta gerencia y los directivos: qué hacer en cada caso, quién lo hace, en qué plazo y cuánto paga el plan. Cubre solo al afiliado titular.

Contrato N.° 000019333 | Vigencia: 1 de agosto de 2026 al 31 de julio de 2027

Aseguradora: BMI Igualas Médicas del Ecuador S.A. | Plan Gastos Médicos Mayores, modalidad abierta, sin maternidad

e&a Broker's Cía. Ltda.
¡Te queremos bien, te queremos seguro!

SUMAK KAWSAY®
COOPERATIVA DE AHORRO Y CRÉDITO

Versión 1.0 | Noviembre de 2026 | Elaborado por Eduardo Alvarado

Índice y a quién acudir

1 Cómo funciona su plan — Pág. 3

2 Qué cubre su plan y cuánto — Pág. 4

3 Desde cuándo y palabras clave — Pág. 5

4 Qué hacer en cada caso — Pág. 6 a 9

5 Documentos y plazos — Pág. 10

6 Cómo se liquida, con 4 ejemplos — Pág. 11

7 Lo que no cubre y dudas comunes — Pág. 12

Sección 4 en detalle: qué hacer, quién lo hace y en qué plazo

4.1 Emergencia o urgencia
4.2 Cirugía programada
4.3 Reembolso
4.4 Tratamiento largo
4.5 Viajes al exterior
4.6 Chequeo preventivo
4.7 Ingreso y salida del plan
4.8 Reclamo negado o reducido

A QUIÉN ACUDIR

E&A Broker's Cía. Ltda.

Su asesor: primer contacto para dudas, créditos y reclamos

07 414 2030
098 404 6766
info@eia-brokers.com
Remigio Romero 3-215, Edificio Luzán, of. 504, Cuenca

BMI Igualas Médicas del Ecuador S.A.

Compañía de medicina prepagada

Av. Shyris y Suecia, Edificio Renazzo Plaza, piso 12, Quito
postventaec@bmicos.com

Multi Assistance Services

Urgencias en el exterior, 24 horas

Desde EE.UU.: 1 800 882 7796
Desde otros países: 1 305 665 4458

1. Cómo funciona su plan

Un plan para los gastos grandes: cirugías, hospitalizaciones, accidentes serios y enfermedades graves.

$500.000
Límite por cada enfermedad o accidente, por persona

$10.000
Deducible por incapacidad: lo asume usted, una sola vez por cada enfermedad o accidente

100%
Paga BMI luego del deducible, sin copago

365 días
Período de cada incapacidad, desde el primer gasto cubierto

Gastos de una misma enfermedad o accidente
Se suman durante 365 días

→

Usted asume los primeros $10.000
Deducible por incapacidad

→

BMI paga el 100% del resto
Hasta $500.000 por incapacidad

Las facturas de una misma enfermedad se suman. Consultas, exámenes, medicinas, terapias y hospitalización cuentan para llegar al deducible. Por eso conviene presentarlas siempre.

Para el día a día. Puede usar el IESS, si está afiliado, y las consultas preventivas con Tarifa Cero, sin deducible.

Ante cualquier duda: llame a E&A antes de atenderse. Una consulta a tiempo evita un reclamo negado.

2. Qué cubre su plan y cuánto

Cobertura principal	Su plan
Límite máximo por incapacidad, por persona	**$500.000**
Deducible por incapacidad y por persona	**$10.000**
Cobertura luego del deducible, ambulatoria y hospitalaria	**100%**
Crónicas, catastróficas, degenerativas y raras (incluye oncología)	**Hasta $500.000**
Trasplante de órganos, incluido el donante	**$250.000**
Cuarto, alimento y cuidados intensivos, hasta 240 días	**100%**
Medicinas con receta, en farmacias autorizadas	**100%**
Ambulancia médicamente necesaria	**$100**
Ligadura de trompas y vasectomía (afiliado)	**Como incapacidad**
Prevención con Tarifa Cero, sin deducible ni copago	**100%**

Sublímites y otros	Su plan
Urgencias en el exterior: deducible $150, primeros 30 días del viaje	**$10.000**
Condiciones preexistentes, declaradas o no	**$1.000 al año**
VIH/SIDA	**$10.000 al año**
Consumo de alcohol, drogas o estupefacientes	**$500**
Lesiones por trastornos de salud mental	**$500**
Anticonceptivos temporales	**$100 al año**
Acompañante en hospital: pacientes mayores de 75 años, máximo 10 días	**$60 diarios**
Maternidad	**No incluida**

Importante: Salvo la Tarifa Cero, todas las coberturas se pagan después de aplicar el deducible de la incapacidad.

3. Desde cuándo y palabras clave

24 horas

Emergencias y urgencias médicas

30 días

Atención ambulatoria

90 días

Hospitalización

Sin carencia

Accidentes y enfermedades infecciosas

- Las carencias se aplican a cualquier incapacidad, preexistente o no, salvo accidentes y enfermedades infecciosas.
- Quien ingresa al plan viniendo de otra póliza de salud o de otra medicina prepagada no cumple carencias; si no tenía otro plan, sí las cumple.

Incapacidad

Cada enfermedad o accidente. Lo que tiene una misma causa, o está relacionado, es una sola incapacidad; también todas las lesiones de un mismo accidente.

Preexistencia

Enfermedad conocida o diagnosticada antes de ingresar al plan. Se cubre hasta $1.000 al año, declarada o no, luego del deducible. Declárela siempre.

Valores razonables y factor por ciudad

BMI reconoce los valores usuales del país; los honorarios, con su tabla (CPT). Factor: Quito 1,00; Guayaquil 1,30; otras ciudades, incluida Latacunga, 0,80.

Quién puede afiliarse

Gerentes y funcionarios con relación laboral y afiliación al IESS por la Cooperativa. Directivos y representante legal, con autorización expresa de BMI. El grupo debe incluir al menos al 75% de quienes cumplen la misma condición. Edad: de 18 a 70 años; nuevos ingresos hasta 65.

4. Emergencias y cirugías programadas

4.1 Emergencia o urgencia médica

Cubierta desde las 24 horas de su ingreso al plan; si es accidente, desde el primer día.

N.°	Qué hacer	Quién	Plazo
1	Acuda al hospital o clínica más cercano con su cédula e indique que tiene el plan de BMI.	**Usted**	De inmediato
2	Si el hospital tiene convenio con BMI, solicite la atención vía crédito hospitalario.	**Usted**	Al ingresar
3	Avise a E&A para que coordine con BMI.	**Usted y E&A**	Apenas pueda
4	Solicite el Formulario 008, la nota de alta y, en accidentes de tránsito o agresiones, el parte policial.	**Usted**	Al alta
5	Si pagó usted, pida facturas a su nombre y solicite el reembolso (4.3).	**Usted**	90 días

Importante: Aunque la Cooperativa esté atrasada en el pago de cuotas, BMI no suspende la atención de emergencias.

4.2 Cirugía u hospitalización programada

Crédito hospitalario: BMI paga directo al hospital y tú no adelantas la cuenta.

N.°	Qué hacer	Quién	Plazo
1	Con la orden de su médico, confirme con E&A que el hospital tenga convenio de crédito con BMI.	**Usted y E&A**	Antes de programar
2	Llene el Formulario de Reembolso de Gastos Médicos; lo firma la Cooperativa como titular.	**Usted y Talento Humano**	Antes del ingreso
3	Entregue el formulario al hospital.	**Usted**	Antes del ingreso
4	Paga al hospital el 100% de lo cubierto que supere el deducible.	**BMI**	
5	Pague la nota de cobranza de BMI por el deducible y lo no cubierto.	**Usted**	5 días desde su emisión

Importante: El crédito no confirma la cobertura: BMI la ratifica con la información del hospital. Si no pagas la nota, BMI suspende el crédito. No hay crédito ambulatorio.

4. Reembolsos y tratamientos largos

4.3 Reembolso: si pagó usted

Gastos pagados con su dinero en cualquier médico, clínica o farmacia del país.

N.°	Qué hacer	Quién	Plazo
1	Pida facturas electrónicas válidas a su nombre.	**Usted**	Al pagar
2	Reúna los documentos de la sección 5 y llene la Solicitud de Reembolso de Gastos Médicos de BMI.	**Usted**	
3	Entregue todo a E&A, contado desde el primer gasto de esa enfermedad o accidente.	**Usted**	90 días
4	Revisa y liquida; puede pedir una segunda opinión médica, que paga BMI.	**BMI**	
5	Paga el reembolso desde que el expediente está completo.	**BMI**	Hasta 60 días

Importante: Aunque sus gastos no lleguen a $10.000, preséntelos a tiempo: así BMI los registra como parte del deducible de esa enfermedad.

4.4 Enfermedad larga o tratamiento continuo

Cáncer, enfermedades crónicas, terapias prolongadas o tratamientos que se extienden.

N.°	Qué hacer	Quién	Plazo
1	Guarde todas las facturas y documentos de esa enfermedad.	**Usted**	Desde el primer gasto
2	Acumule las facturas y preséntelas juntas, contado desde el primer gasto.	**Usted**	Hasta 180 días
3	Suma todo al deducible de $10.000; superado, paga el 100%.	**BMI**	
4	Si el tratamiento sigue, abre un período nuevo con nuevo deducible y nuevo límite de $500.000.	**BMI**	Cada 365 días
5	Avise a E&A para planificar el uso del crédito hospitalario.	**Usted y E&A**	Al diagnóstico

Importante: BMI no puede negar la renovación del contrato ni subir la cuota por una enfermedad crónica o catastrófica diagnosticada durante la vigencia.

4. Viajes y chequeo preventivo

4.5 Viajes fuera del país

Urgencias por enfermedad o accidente en viajes de placer o de negocios.

N.°	Qué hacer	Quién	Plazo
1	Guarde en su teléfono los números de Multi Assistance Services.	**Usted**	Antes de viajar
2	En una urgencia llame, las 24 horas: desde EE.UU. al 1 800 882 7796; desde otros países al 1 305 665 4458.	**Usted**	De inmediato
3	Cubre hasta $10.000, con deducible de $150 por viaje.	**BMI**	Primeros 30 días del viaje
4	Entregue a E&A las facturas, los informes médicos y el pasaje.	**Usted**	Al regresar

Importante: No cubre preexistencias, embarazo y parto, deportes peligrosos, viajes para recibir tratamiento, chequeos ni a quienes estudian fuera del país. Lo programado en el exterior se paga a valores razonables del Ecuador.

4.6 Chequeo preventivo: Tarifa Cero

Consultas de prevención sin deducible ni copago, según su edad.

Cómo usarla: revise su consulta en la tabla, solicítela a través de E&A o de los canales de BMI y acuda con su cédula.

Grupo de edad	Prestación sin costo
Adultos de 20 a 49 años	1 consulta preventiva al año
Adultos de 50 a 64 años	1 consulta al año, con detección de riesgos de salud mental
Adultos de 65 años en adelante	1 consulta preventiva al año
Mujeres en edad fértil	1 consulta ginecológica al año

Importante: no incluye exámenes de laboratorio o imagen ni interconsultas con otros especialistas.

4. Ingreso al plan y reclamos negados

4.7 Ingreso y salida del plan

El plan cubre solo al afiliado titular; no incluye a familiares.

N.°	Qué hacer	Quién	Plazo
1	Al asumir un cargo de gerencia o de directivo, reporte su inclusión.	**Usted y Talento Humano**	30 días
2	Llene y firme la Tarjeta de Enrolamiento de BMI, con su declaración de salud.	**Usted**	30 días
3	Directivos y representante legal: la Cooperativa solicita a BMI la autorización expresa para su inclusión.	**Cooperativa**	Antes del ingreso
4	La cobertura termina al concluir la relación laboral o sus funciones, al superar la edad del plan o al cambiar de país de residencia.	**Regla**	Al ocurrir

Importante: Si no se reporta a tiempo, la persona entra como entrante tardío: BMI puede limitar o negar su ingreso, no cubre sus preexistencias y cumple carencias.

4.8 Reclamo negado o reducido

Tiene derecho a reclamar y E&A le acompaña.

N.°	Qué hacer	Quién	Plazo
1	Revise la liquidación y el motivo indicado por BMI.	**Usted y E&A**	Al recibirla
2	Presente su queja por escrito a BMI, con los documentos de respaldo.	**Usted**	7 días desde la negativa
3	Si no hay acuerdo: reclamo administrativo, vía judicial o arbitraje de la Cámara de Comercio de Quito.	**Usted**	Luego de 8 días

Importante: La mayoría de negativas se evitan con un expediente completo y presentado a tiempo.

5. Documentos y plazos

En todos los reclamos

- Solicitud de Reembolso de Gastos Médicos, en el formulario oficial de BMI.
- Facturas electrónicas válidas de honorarios y servicios médicos.
- Órdenes médicas originales y facturas de los exámenes.
- Recetas originales y facturas de las medicinas.
- Resultados de exámenes de laboratorio, imagen y patología.

Según el caso, además

Caso	Documentos adicionales
Hospitalización u hospital del día	Historia clínica íntegra y protocolo operatorio si hubo cirugía.
Atención ambulatoria	Historia clínica o ficha médica de la consulta.
Emergencia	Formulario 008 y nota de alta de emergencia.
Accidente o agresión	Parte policial y, si se pide, exámenes toxicológicos.
Otro seguro de salud	Certificado de cobertura y de siniestralidad de esa compañía.
Cuando BMI lo solicite	Certificados médicos.

Plazos que debe cumplir

Trámite	Plazo
Incluir a un nuevo afiliado	**30 días desde que asume el cargo**
Presentar un reclamo	**90 días desde el primer gasto**
Acumular facturas de un tratamiento	**180 días desde el primer gasto**
Completar documentos de un reclamo	**180 días desde el accidente o la enfermedad**
Pagar la nota de cobranza del crédito	**5 días desde su emisión**
Reembolso de BMI	**Hasta 60 días con expediente completo**
Queja por escrito ante BMI	**7 días desde la negativa**
Reclamos si el contrato se cancela	**30 días**
Urgencia en el exterior	**Aviso inmediato**
Período de cada incapacidad	**365 días desde el primer gasto**

Antes de entregar: revisa que cada factura sea válida, esté a nombre del afiliado y que las órdenes y recetas lleven el diagnóstico.

6. Cómo se liquida, con 4 ejemplos

Valor presentado → – No cubierto → = Gasto cubierto → – Deducible pendiente → × 100% → = BMI paga

Ejemplo 1
Ana, gastritis

Consulta $60, exámenes $90 y medicinas $50.

Gastos de la incapacidad	**$200**
Deducible	**−$200**
BMI paga	**$0**

Los $200 suman al deducible: le quedan $9.800 si la gastritis se complica dentro de los 365 días.

Ejemplo 2
Luis, hernia de disco

Consultas, resonancia y terapias $2.000; luego cirugía vía crédito por $12.500.

Total de la incapacidad	**$14.500**
Deducible	**−$10.000**
BMI paga	**$4.500**

Presentó a tiempo los $2.000 previos: en la nota de cobranza solo paga $8.000.

Ejemplo 3
Rosa, cáncer

Cirugía $28.000, quimioterapia $45.000, exámenes y medicinas $12.000.

Gastos de los 365 días	**$85.000**
Deducible	**−$10.000**
BMI paga	**$75.000**

Le quedan $425.000 del límite. Si sigue el tratamiento, a los 365 días hay nuevo deducible y nuevo límite.

Ejemplo 4
Pedro, en Latacunga

El cirujano cobra $3.000. Tabla BMI en Quito: $2.400 (valor ilustrativo).

Reconocido: $2.400 × 0,80	**$1.920**
Exceso vía reembolso	**$1.080**
Exceso vía crédito	**$0**

Vía reembolso, el exceso no se cubre ni suma al deducible. Con crédito en un hospital con convenio, no se cobra.

7. Lo que no cubre y dudas comunes

Lo que el plan no cubre

- Chequeos de rutina, salvo Tarifa Cero.
- Odontología, salvo por accidente en la vigencia.
- Cirugía o tratamientos estéticos.
- Lentes, optometría y corrección visual.
- Audífonos, sillas de ruedas y equipos duraderos (sí el alquiler de monitoreo e infusión).
- Prótesis no quirúrgicas, plantillas y zapatos especiales.
- Psiquiatría y psicología, salvo lesiones por salud mental (hasta $500).
- Sobrepeso, talla corta, alopecia, fertilidad y disfunción eréctil.
- Tratamientos experimentales o sin respaldo de evidencia.
- Lesiones en deportes profesionales remunerados.
- Honorarios de familiares y automedicación.
- Catástrofes naturales, guerra o conmoción civil.

Sí se cubren: las enfermedades infecciosas, desde el primer día y sin carencia, incluidas las de epidemias o pandemias.

Preguntas frecuentes

¿Por qué no me reembolsaron una consulta?

Por el deducible de $10.000 por incapacidad. Preséntala igual: suma al deducible de esa enfermedad.

¿El deducible es por año?

No. Es por cada enfermedad o accidente, durante sus 365 días.

¿Puedo ir al médico que quiera?

Sí, el plan es abierto. Para cirugías use un hospital con convenio: el exceso de honorarios no se le cobra.

¿Cuándo termina mi cobertura?

Al terminar la relación laboral o al dejar el grupo asegurado (por ejemplo, al concluir sus funciones), al superar la edad del plan o al cambiar de país.

¿Y el IESS?

Si está afiliado, úselo en el día a día; este plan le protege en los gastos grandes.