



Programa de Asistencia Médica

Vigencia 01/10/2024 – 30/09/2025

 **inmedical®** 
COMPÀNIA DE MEDICINA PREPAGADA Y PREVENTIVA





COBERTURAS DE ASISTENCIA MÉDICA



COBERTURAS AMBULATORIAS

ecuaprimas

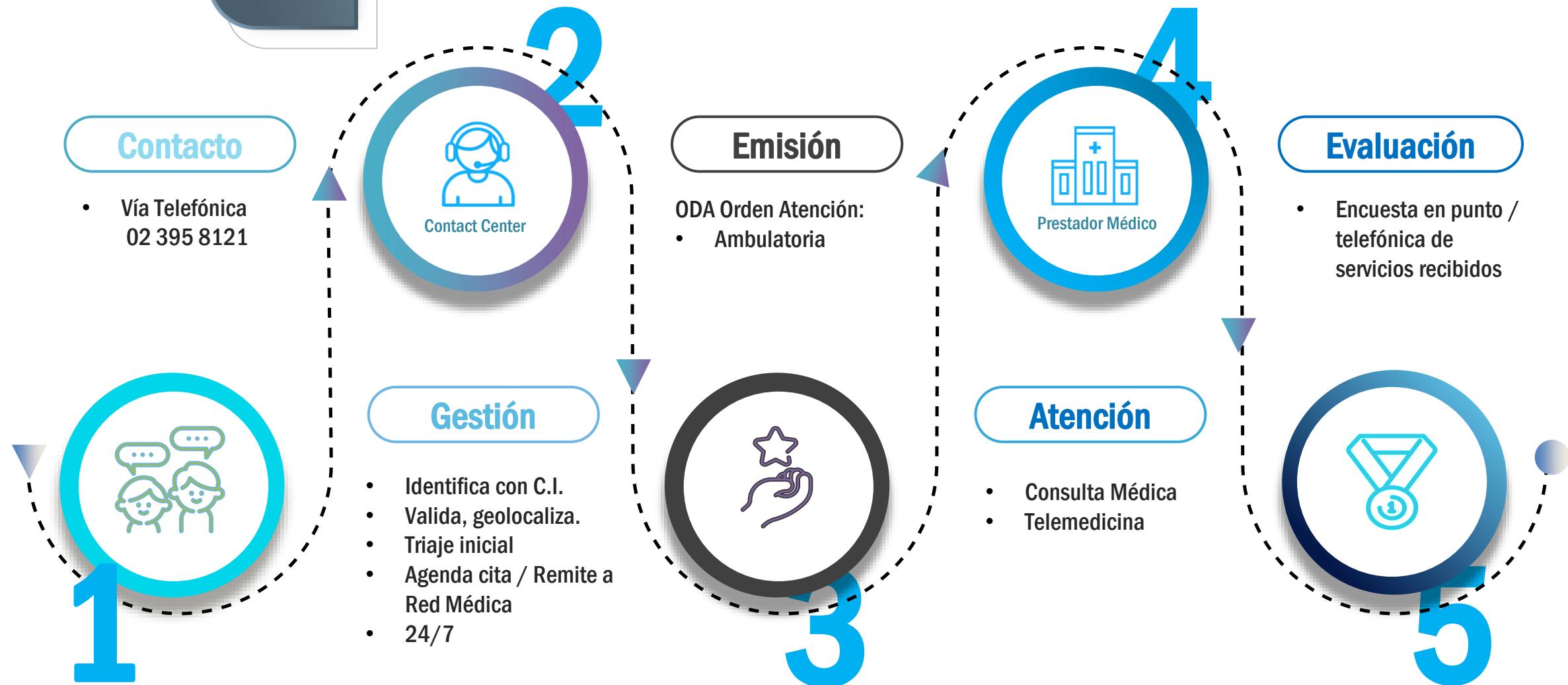
Coberturas	
Telemedicina	Atenciones ilimitadas Sin copago en Red Inmedical
Consulta Medicina General	Atenciones ilimitadas Sin copago en Red Inmedical
Medicinas	Gratuita de acuerdo a vademécum Inmedical, (derivado de consulta médica)
Gastos Médicos por Accidente	dentro de la Red Inmedical hasta US\$ 500 por evento

IMPORTANTE:

En casos de accidentes se brindará financiamiento, exclusivamente, con profesionales de salud y en establecimientos de salud que formen parte de la red de prestadores de servicios de salud Inmedical; y siempre que los mismos se deriven de un suceso súbito, imprevisto, violento, fortuito, ajeno a la voluntad del usuario, provocado por un agente externo que produzca daños o lesiones corporales. Estos gastos pueden ser ambulatorios u hospitalarios hasta \$500.



Pasos para una atención médica rápida y efectiva



RETIRO DE MEDICINAS

ecuaprimas



Te acercarás a la farmacia con la receta derivada de la consulta y la cédula de identidad.



Vigencia de receta para acceder al crédito 5 días desde la fecha de la atención.



En caso de que el titular no pueda asistir, la persona que acuda deberá presentar como soporte la cédula original o copia de cédula legible del titular.



IMPORTANTE:

Solo aplican las recetas que sean derivadas de las consultas de la red y dentro de las farmacias en convenio.

Cuando pienses en seguros piensa en
ecuaprimas®



Programa De Vida Asistencia Médica

Vigencia 01/10/2024 – 30/09/2025

nuestra esencia es
humana

ecuaprimas



CONOCE A AL EQUIPO QUE ESTARÁ JUNTO A TI EN TODO MOMENTO



Sughey León Zambrano
EJECUTIVA DE SEGUROS DE PERSONAS
sugheyleon@ecuaprimas.com
(099) 8443978

Funciones Principales

- Consultas de tu póliza de Asistencia Médica
- Asesoría de Centros Médicos
- Autorización para exámenes



Anggie Aveiga Hinostroza
EJECUTIVO DE SINIESTROS/ EMERGENCIAS
anggieaveiga@ecuaprimas.com
(099) 5342570

Funciones Principales

- Atenciones de Emergencia 24/7
- Cirugías programadas.

Ecuaprimas cuenta con profesionales capacitados en brindar un acompañamiento profesional orientado a altos niveles de servicios.

ecuaprimas



COBERTURAS DE ASISTENCIA MÉDICA



COBERTURAS AMBULATORIAS

ecuaprimas

Límite Máximo por Incapacidad	\$10,000.00
Deducible Anual por cada persona del grupo familiar	\$100
Enfermedades Pre Existentes – Congénitas	Se cubren como cualquier incapacidad, aplicando deducible y copago. Siempre y cuando haya superado el periodo de carencia.
Valor tope de Consulta Médica	Guayaquil: \$81,25 Resto del País: \$65
Nivel	Practihumana
Cobertura ambulatoria en cuadro direccionado (RED CAM) a nivel nacional. Los exámenes que prescriba dicha red (Laboratorio, Imagen RX Básicos, y Terapias)	Medilink - Metrored 90% Otros Prestadores - 70% Si aplicación de deducible
Cobertura ambulatoria en cuadro direccionado (RED CAM) a nivel nacional. Los exámenes que prescriba dicha red (Imagen Compleja y Procedimientos)	Medilink - Metrored 80% Otros Prestadores - 70% Con aplicación de deducible
Cobertura fuera de la red	No aplica



CONCEPTOS IMPORTANTES:

Ambulatoria: Cualquier gasto que se genera, mientras no estás ingresado en un hospital. Ejemplo: gastos de medicinas, exámenes, imágenes entre otros.

CENTROS MÉDICOS

ecuaprimas

CENTROS MÉDICOS PREFERENCIALES:

Metrored
Centros Médicos

 Fee de Consulta:
Especialidades Básicas: \$5
Otras Especialidades: \$8



VERIS y SIME
No aplica



medi+global

BIODIMED.
Medicina Integral
con resultados confiables!

MEDIGROUP
Centro Médico



COPAGO:
\$10


-  1.
-  2.
-  3.
-  4.

1. Escoger el centro médico de tu preferencia.
2. Agendar la cita médica
3. Asistir 20 minutos antes de tu consulta
4. Cancelar en caja el valor del copago \$10

COBERTURA PARA EXAMENES EN CENTROS DE LA RED CAM

- La Orden puede ser de cualquier medico afiliado o no.
- La orden debe tener datos completos del paciente, diagnóstico, firma y sellos del médico.
- Se debe gestionar con mínimo 24h de anticipación la autorización para exámenes ambulatorios con los prestadores en convenio.
- Humana emite la autorización detallando el valor del copago que asume el afiliado 30% y el valor del deducible en exámenes de alta complejidad.

CONSULTA CON MÉDICOS AFILIADOS



1

2

3

Red Preferida
Practihumana – Valor de Consulta: \$15

nuestra esencia es
humana

ecuaprimas

Ingresar a la **Portal de Humana**

<https://red.humana.med.ec/RedHumana>

Ingresar a **Red de Prestadores**

A screenshot of the Red de Prestadores website. The header features the logo "8 humana" with "Red de Prestadores" above it. Below the header is a navigation bar with links: Inicio, Planes, Medihumana, Humana Contigo, Red Prestadores (which is highlighted in green), Quiénes somos, Mi Humana, and Comprar Plan.

Filtrar la **Ciudad** que necesitas, elige la especialidad:

A screenshot of a filtering interface. It shows three dropdown menus: "Guayaquil", "Consulta Medica", and "Pediatría". Each menu has a blue arrow pointing down to its right.

A screenshot of a provider profile card. It includes a small icon of a doctor, the name "TORRES ORDOÑEZ PIEDAD GUADALUPE", the title "Producto: Practihumana", the address "Dirección: Cdra. Kennedy Norte. Av. Alejandro Andrade y - Juan Rolando, Torre 2, Tercer piso oficina 315", the service type "Tipo de Atención: Ambulatorio", the location "Guayaquil", and a "Ver más..." button. A white hand cursor is shown pointing at the "Ver más..." button.

BENEFICIO MEDICINAS

ecuaprimas



Te acercarás
a la farmacia
con la receta
y cédula de
identidad



Cancela el valor del
copago:
Vademécum A: 10%
Vademécum B: 30%



En caso de que algún
medicamento no conste
en el vademécum, podrá
ser gestionado vía
reembolso acorde a las
condiciones del contrato.



Vigencia de receta
para acceder al
crédito **5 días**
desde la fecha de
la atención



IMPORTANTE:

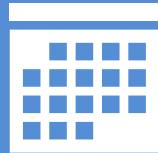


Para medicación continua, se entregará la dosis para el primer mes:

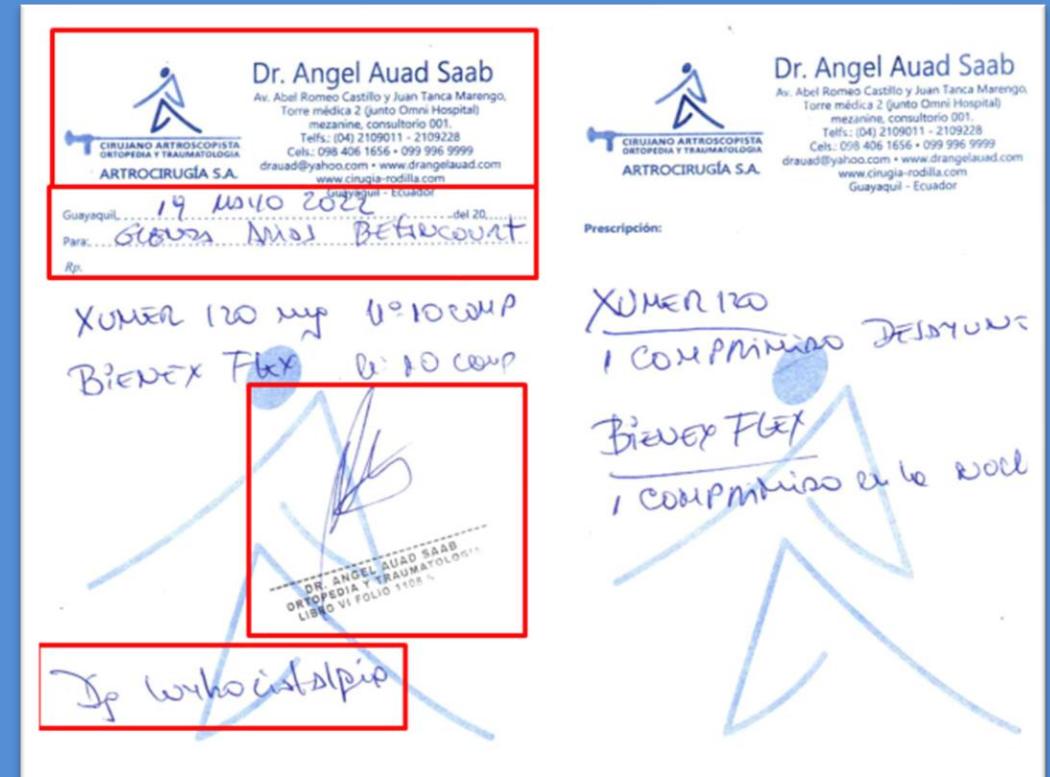
1.- Una vez entregada la primera dosificación, **se entrega una copia de la receta, colocando la cantidad entregada pendiente, fecha de despacho y firma del responsable.**



#00



2.- Este proceso se repite hasta completar la cantidad ordenada por el medico (máximo hasta 6 meses)



COBERTURAS HOSPITALARIAS

ecuaprimas

Límite Máximo por Incapacidad	\$10,000.00
Cobertura dentro de la red	70% (No aplica cobertura fuera de la red)
Cobertura direccionada *Prestadores sujetos a cambios	80% Guayaquil: Aprofe, Clínica San Francisco, Clínica Alborada, Clínica Santa María, Panamericana, Politzer, Real Visión y Sur Hospital. Quito: Clínica Tumbaco, Hospital San Bartolo, Clínica de Especialidades del Sur, Clínica Emergencias San Francisco de Sangolquí, Clínica María Auxiliadora, Clínica Moderna, Clínica Integral y Fundación Tierra Nueva (Padre Carollo).
Crédito hospitalario	100%
Nivel	Practihumana
Cuarto y alimento diario al 100%	Hasta \$ 90
Terapia Intensiva	De acuerdo al % hospitalario

CONCEPTOS IMPORTANTES:



Hospitalario: Exige estar ingresado en un centro hospitalario, es decir que permanezca más de 24 horas en una clínica.

Coaseguro: El porcentaje con que el asegurado coopera dentro de un gasto hospitalario.

GUAYAQUIL



HOSPITAL CLÍNICA
PANAMERICANA

GRUPO HOSPITALARIO
KENNEDY
ALBORADA

 **CLÍNICA
UNIÓN**
JUNTOS POR TU SALUD

JUNTA DE BENEFICENCIA
DE GUAYAQUIL
**HOSPITAL
LUIS VERNAZA**
JUNTA DE BENEFICENCIA DE GUAYAQUIL


MILENIUM
CLINICA


**CLINICA
ALBORADA C.A.**


clínica guayaquil
ganando corazones


**Hospital Clínica
San Francisco**


**CLINICA
SANTA MARÍA**

IDEALES PARA:

- Atenciones de Emergencia por Accidente
- Hospitalizaciones.



QUITO



HOSPITAL VOZANDES QUITO
"A la gloria de Dios y al servicio del Ecuador"


**CLÍNICA
AMERICANA
ADVENTISTA**


**Clínicas
ATLAS**


CLINGAVI S.A.
ESPECIALIDADES MEDICAS

MANTA




Clínica del Sol
Somos una opción en medicina



¿Y SI TENGO UNA
EMERGENCIA
POR ACCIDENTE?



EMERGENCIA POR ACCIDENTE

ecuaprimas

Emergencia por Accidente: Beneficio aplicable a un evento violento, súbito, fortuito, imprevisto, causado por un agente externo y que NO esté relacionado a una ENFERMEDAD.

Cobertura del 100% **dentro de las 24 horas del accidente, hasta \$ 1.500**; Valores adicionales se financiarán con el tipo de atención ambulatoria y condiciones de cobertura.

En caso de tener un accidente de tránsito en el Ecuador, se aplicará primero el seguro del SPPAT hasta los \$3.000, si los gastos superan este monto el excedente cubrirá el seguro privado de acuerdo al contrato.



Ante una emergencia llamar a Ecuaprimas

**0995342570
Anggie Aveiga Hinostroza**

COBERTURA DE AMBULANCIA

ecuaprimas



Ambulancia Terrestre	AI 100%, no aplica deducible, vía reembolso hasta \$400.
Ambulancia Aérea	\$3.500, no aplica deducible
Médico a domicilio	\$10

Médico a Domicilio: Realiza una evaluación telefónica inicial. El médico asiste a su domicilio, lo médica y estabiliza.

Llamando al 1800 HUMANA (486262)

IMPORTANTE:

En caso de alguna emergencia en donde este en riesgo la vida del paciente, llamar al 911 o a la ambulancia de los Bomberos.

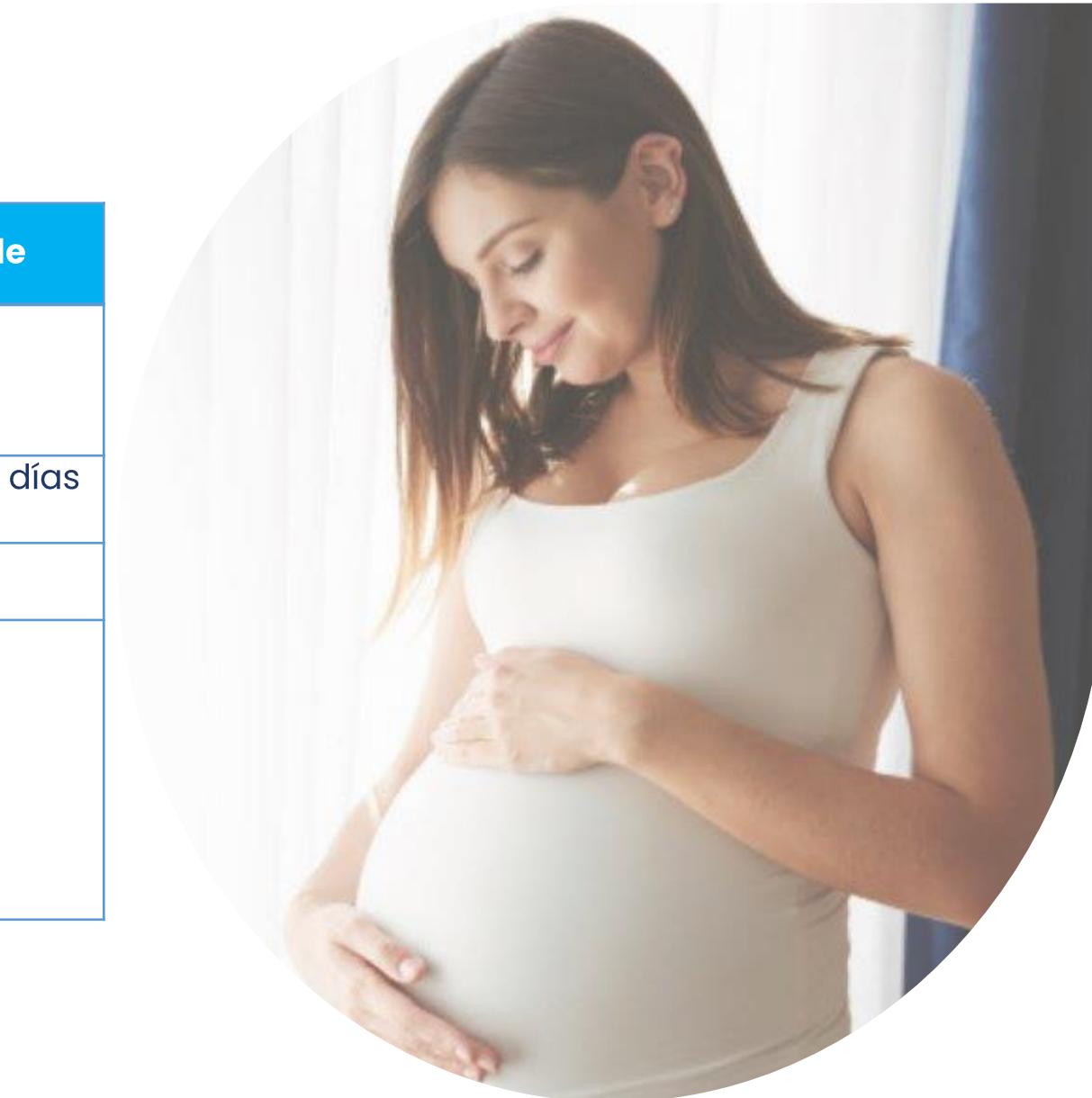


COBERTURA DE MATERNIDAD

ecuaprimas

Monto de Cobertura	Al 100 % sin Deducible
Parto Normal, Cesárea o Aborto no provocado, complicaciones durante el embarazo, chequeos prenatales.	\$800
Tiempo de notificación del embarazo	durante los primeros 90 días de gestación
Periodo de carencia	60 días

Cobertura del recién nacido de una maternidad cubierta, como cualquier incapacidad desde el 1er día



COBERTURA CONTROL NIÑO SANO

ecuaprimas

- Aplica hasta el tope de consulta al 100% en modalidad cerrada o abierta sin aplicación de deducible.
- Cobertura Vacunas: (bajo el esquema del Ministerio de Salud Pública) hasta \$60 por dosis al 80% sin aplicación de deducible hasta los 5 años de edad.
- Cobertura leche medicada bajo prescripción médica, para niños hasta los 5 años, 11 meses y 29 días, al 80% con deducible hasta: \$400

Cobertura	Frecuencia	Edad
1 consulta	Mensual	Hasta 12 meses
1 consulta	Trimestral	Hasta 36 meses
1 consulta	Semestral	Hasta 60 meses



CIRUGÍAS PROGRAMADAS

ecuaprimas

- Es importante que, si la hospitalización es programada, se debe coordinar con Ecuaprimas el presupuesto de gastos y honorarios médicos mínimo con **72 horas de anticipación** previo al ingreso en la clínica u hospital.
- Se deberá adjuntar el formulario de Pre autorización de Cirugías con los soportes médicos (informes de ecografías, exámenes de laboratorio)
- El crédito hospitalario es al 100%; el valor de deducible, copago y gastos no cubiertos serán cobrados mediante nota de cobranza que llegará a la empresa, para que el afiliado/a cancele dentro del mes.
- Los documentos deben ser enviados a anggieaveiga@ecuaprimas.com

Nuestra esencia es humana | Solicitud de Preautorización hospitalaria | Número de Trámite: _____

Esta solicitud debe ser presentada a HUMANA S.A. con mínimo 5 días hábiles antes de la cirugía programada y debe ser llenada con todos los datos completos. HUMANA S.A. responderá su requerimiento en 2 días hábiles.

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Empresa Contratante: _____
Seleccione el Contrato al que desea aplicar este crédito: Corporativo Individual Empresarial Renacer Proteger
Titular: _____ Cédula: _____ Teléfono móvil: _____
Teléfono Doméstico: _____ (Apellidos y nombres) Ciudad: _____ E-mail: _____
Paciente: _____ (Apellidos y nombres) Cédula: _____ Edad: _____ Parentesco: _____

2. ANTECEDENTES MÉDICOS QUIRÚRGICOS (A ser llenados por el Médico Tratante)

HOSPITAL-CLÍNICA DE ATENCIÓN: _____ Fecha tentativa de Ingreso: Día ____ Mes ____ Año ____
TIPO DE ATENCIÓN: Ambulatorio Hospital del día Hospitalario TIPO DE ANESTESIA: Local Ráquidea/Epidural General
Nombre del Médico Tratante: _____ Especialidad: _____ Teléfono: _____
RUC: _____ ¿Usted mantiene convenio con HUMANA? Si No ¿Es del Staff del Hospital/Clínica? Si No
Nombre del Paciente: _____ Edad: _____ Género: _____
Diagnóstico definitivo:

CIE 10	_____
CIE 10	_____
CIE 10	_____

La condición actual del Paciente se debe a: Enfermedad Accidente Embarazo Fecha FUM: Día ____ Mes ____ Año ____
Fecha de inicio de los primeros síntomas: Día ____ Mes ____ Año ____ Fecha del diagnóstico primera vez: Día ____ Mes ____ Año ____
APP (Antecedentes Patológicos Personales): _____
APQ (Antecedentes Previos Quirúrgicos): _____
Hallazgos de Laboratorio, Imagen e Interconsultas más relevantes: _____
DETALLE DE PROCEDIMIENTO(S) A REALIZAR:
Código CPT: _____ USD _____
Código CPT: _____ USD _____
Código CPT: _____ USD _____
En caso de requerir Ayudante, favor indicar el nombre del Médico Ayudante: _____
Como Médico certifico que todos los antecedentes indicados son verdaderos y que proporcionaré los respaldos médicos, tanto de exámenes complementarios, de apoyo diagnóstico, así como la copia completa de la Historia Clínica del paciente, si fueran requeridos por parte de HUMANA S.A.
3. AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE / TITULAR
Por medio de la presente, ratifico y certifico que las declaraciones aquí rendidas son verídicas y reales. Asimismo, ratifico mi autorización sobre la entrega de información médica y de salud que se requiere para la tramitación de esta solicitud por parte de HUMANA S.A. y autorizo a todos los Profesionales e Instituciones Sanitarias y de Diagnóstico que me prestaron atención médica (o a mi representado) a proporcionar la total información sanitaria, historia clínica integral, documentos relacionados, copias exactas de sus archivos, resultados de exámenes de laboratorio, imágenes, etc. Estoy consciente de que, en caso de que se compruebe falsedad o reticencia en la información suministrada, perderé mis beneficios sobre esta solicitud, sin lugar a reclamación posterior.

_____	_____
-------	-------

FIRMA DEL PACIENTE (MAYOR DE 18 AÑOS)
NOTA: Si el paciente es menor de edad, debe firmar el Titular como Representante Legal del menor.

FIRMA DEL TITULAR
Fecha: Día ____ Mes ____ Año ____

4. DOCUMENTOS OBLIGATORIOS PARA EL TRÁMITE DE ESTA SOLICITUD DE PREAUTORIZACIÓN

Resultados e Informes de exámenes de laboratorio, imágenes, con relación al procedimiento programado
 Placas de imágenes realizadas al paciente: Rayos X, Tomografías, Resonancias Magnéticas, etc.
 Historia clínica completa en el Formato 002 del MSP (o su equivalente)

PROCESO DE REEMBOLSO

ecuaprimas

Documentos para presentar Reembolsos:

1. Consultas.-

- Formulario de Reembolsos debidamente llenado y firmado por el asegurado y por el médico tratante.
- Factura de consulta con nombre de paciente, sello, firma del Dr. y el diagnóstico.

2. Medicina.-

- Formulario de Reembolsos debidamente llenado y firmado por el asegurado y por el médico tratante.
- Receta original con: nombre del paciente, sello, firma del Dr. y el diagnóstico.
- Factura impresa (no comprobante electrónico).

3. Exámenes laboratorio / imágenes.-

- Formulario de Reembolsos debidamente llenado y firmado por el asegurado y por el médico tratante.
- Orden original con: nombre del paciente, sello, firma del Dr. y el diagnóstico.
- Factura impresa (no comprobante electrónico) con detalle de valores de exámenes.
- Originales o copias de los resultados de los exámenes

4. Procedimientos / cirugías.-

- Formulario de Reembolsos debidamente llenado y firmado por el asegurado y por el médico tratante.
- Historia clínica completa o nota de evolución.
- Facturas impresas de todos los soportes de la cirugía.
- Originales o copias de los resultados de los exámenes.

IMPORTANTE:

Periodo de presentación de reclamos: **90 días desde su emisión.**



nuestra esencia es
humana

Solicitud de Reembolso
de atención médica

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN		
Empresa Contratante: _____		
Selecciona el Contrato al que desea aplicar este reembolso: <input type="checkbox"/> Corporativo <input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Empresarial <input type="checkbox"/> Renacer <input type="checkbox"/> Proteger		
Titular: _____	(Apellidos y nombres)	Cédula: _____ Teléfono móvil: _____
Teléfono Doméstico: _____	Cludad: _____	E-mail: _____
Paciente: _____	(Apellidos y nombres)	Cédula: _____ Edad: _____ Parentesco: _____
2. ANTECEDENTES MÉDICOS QUIRÚRGICOS (A ser llenados por el Médico tratante)		
Nombre del médico: _____	Especialidad: _____	RUC: _____
Nombre del Paciente: _____	Edad: _____	Género: _____ Fecha de atención: _____
Diagnóstico definitivo: <input type="checkbox"/> CIE 10 <input type="checkbox"/> CIE 10 <input type="checkbox"/> CIE 10		
La condición actual del Paciente se debe a: Enfermedad: <input type="checkbox"/>	Accidente: <input type="checkbox"/>	Embarazo: <input type="checkbox"/>
Fecha RUM: Día _____ Mes _____ Año _____		
Fecha de Inicio de los primeros síntomas: Día _____ Mes _____ Año _____	Fecha del diagnóstico primera vez: Día _____ Mes _____ Año _____	
2.1. EN CASO DE CIRUGÍA: Describa los procedimientos médicos completos y los antecedentes quirúrgicos previos.		
2.2. INTERCONSULTAS: ¿Ordenó Interconsulta con otros Profesionales Médicos? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Especialidad: _____		
Como Médico certifico que todos los antecedentes indicados son verdaderos y que proporciono los respaldos médicos, tanto de exámenes complementarios, de apoyo diagnóstico, así como la copia completa de la Historia Clínica del paciente, si fueran requeridos por parte de HUMANA S.A.		
FIRMA Y SELLO DEL MEDICO		Fecha: _____
Día _____ Mes _____ Año _____		
3. AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE / TITULAR		
Por medio de la presente, ratifico y certifico que las declaraciones aquí rendidas son verídicas y reales. Asimismo, ratifico mi autorización sobre la entrega de información médica y de salud que se requiere para la tramitación de esta solicitud por parte de HUMANA S.A. y autorizo a todos los Profesionales e Instituciones Sanitarias y de Diagnóstico que me prestaron atención médica (o a mi representado) a proporcionar toda la información sanitaria, historia clínica integral, documentos relacionados, copias exactas de sus archivos, resultados de exámenes de laboratorio, imágenes, etc. Estoy consciente de que, en caso de que se compruebe falsedad o reticencia en la información suministrada, perderé mis beneficios sobre esta solicitud, sin lugar a reclamación posterior.		
FIRMA DEL PACIENTE (MAYOR DE 18 AÑOS) NOTA: Si el paciente es menor de edad, debe firmar el Titular como Representante Legal del menor.	FIRMA DEL TITULAR	Fecha: Día _____ Mes _____ Año _____
4. REQUISITOS PARA REEMBOLSOS		
1. Solicitud de Reembolso de Atención Médica debidamente llenada, sellada y firmada por el Médico tratante, Titular y Paciente.		
2. Facturas físicas originales y/o facturas electrónicas (RIDE) por cada atención médica: consulta, honorarios médicos, medicinas, exámenes, laboratorio, imagen, terapias, procedimientos, etc.		
3. Pedidos, resultados e informes de: exámenes de laboratorio, imágenes, terapias, etc.		
4. Recetas de medicinas que incluya: nombre del medicamento, cantidad, dosis, frecuencia y tiempo de tratamiento.		
5. Factura de la clínica o el hospital con desglose de todos los servicios brindados.		
6. Historia clínica completa: anamnesis, examen físico, emergencia, notas de evolución, protocolo operatorio, registro de anestesia, epícrisis.		
7. En caso de emergencias o urgencias: Formulario 008 emitido por el Hospital o Clínica.		
8. En caso de violencia o delitos: Denuncia ante la autoridad competente		
9. En caso de accidente de tránsito: Liquidación del SPAT y parte policial		
10. En caso de coordinación de beneficios: Liquidación original del primer financiador y todos los documentos que respaldaron el pago de esa liquidación.		
11. En caso de gastos en el exterior, adicional a los documentos antes detallados, adjuntar comprobante de pago (voucher, estado de cuenta de tarjeta de crédito o estado de cuenta bancaria).		
Atención Ambulatoria	Hospitalización / Hospital del Día	

El contratante podrá solicitar a la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros la verificación de este texto. La Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros para efectos de control asignó al presente documento el registro N° 53321 con oficio N° SCVS-IRQ-DRS-2021-00007980-0, de 01 de marzo de 2021.

HUM-REE-ATM-V2

humanamed.ec

1800 HUMANA (48 62 62)

PROCESO DE REEMBOLSO

ecuaprimas

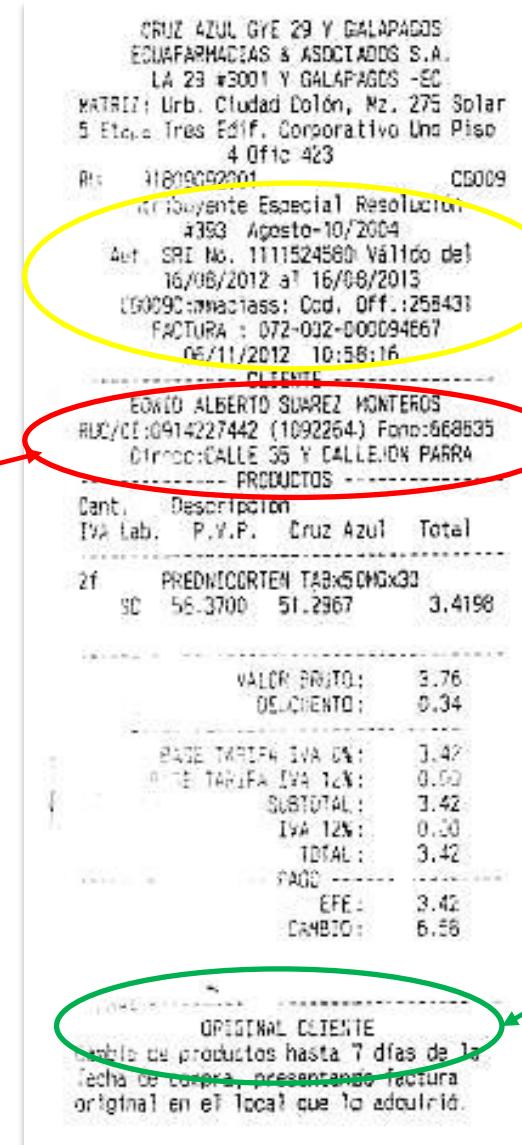
DATOS DE LA FACTURA:

Nombre y Número de Cédula del titular

No se aceptan facturas como "CONSUMIDOR FINAL"



SEGUROS
de PERSONAS
ecuaprimas



Revisar que la factura este vigente y tenga autorización del SRI

Siempre facturas originales, solo se aceptan copias de facturas en casos de coordinación de beneficios



BENEFICIOS ADICIONALES



PLAN DENTAL HUMANA

ecuaprimas

Cobertura única y exclusivamente para el colaborador, dentro de la red de prestadores de Humana:

RED CERRADA	COBERTURA	COPAGO	TOPES/ LÍMITES	CARENCIAS
PRESTACIONES BÁSICAS				
	Examen clínico y diagnóstico	0%	Sin límite	No aplica
	Rayos-X (Periapicales/Panorámica)	0%	Sin límite	No aplica
	Profilaxis (limpieza bucal)	0%	Sin límite	No aplica
	Consulta con un especialista	0%	Sin límite	No aplica
	Emergencia dental preautorizada en modalidad cerrada	0%	\$50	24 horas
RESTAURACIONES				
HUMANA	Restauración simple, compuesta y compleja de resina. (Incluye lesiones cervicales)	30%	Sin límite	30 días
CIRUGÍAS				
	Extracciones Simples	30%	Sin límite	60 días

<https://red.humana.med.ec/RedHumana>

BENEFICIOS ADICIONALES

ecuaprimas

Ligadura o Vasectomía

Para titular y dependientes cónyuges al 100% hasta US\$1.000

Zapatos y Plantillas ortopédicas

Medicamente justificados al 100% sin deducible, máximo 1 par al año para menores de 12 años hasta: \$40

Audífonos

Medicamente necesarios para titulares y dependientes, una vez al año contrato aplica copago y deducible hasta \$400

Mamografía

Incluye consulta médica, una vez al año, para titulares y dependientes mayores de 40 años al 100% hasta \$60

Antígeno Prostático

Incluye consulta médica, una vez al año, para titulares y dependientes mayores de 40 años al 100% hasta \$60

Terapias

Cobertura de terapias por diagnóstico (lenguaje, físicas, respiratorias, cardíacas, neurológicas y cognitivas) medicamente necesarias de acuerdo a pertinencia médica, como cualquier incapacidad Hasta 30 terapias hasta \$25 cada sesión.

Pap Test

Incluye consulta, una vez al año, para titulares y dependientes al 100% hasta \$60



SEGURO DE VIDA

SEGUROS
EQUINOCCIAL



SEGUROS EQUINOCCIAL VIDA

La póliza del seguro de vida tiene cobertura **única y exclusivamente para el colaborador**, de acuerdo a las siguientes especificaciones:

COBERTURAS SEGURO DE VIDA	MONTO ASEGURADO
Muerte por cualquier causa	
Muerte y/o Desmembración Accidental	\$5,000
Incapacidad Total y Permanente	
Beneficio Anticipado por Enfermedad Terminal	\$2,500

- En el punto N.1 Detallar el nombre de la empresa, y número de póliza.
- Respecto a los puntos N° 3, 4 y 6 no deben llenarlos ya que no son campos obligatorios.
- En relación al punto N° 5 de los beneficiarios, se podrán detallar hasta familiares de segundo grado de consanguinidad. En caso de dejar a 2 o 3 familiares, la sumatoria no deberá superar el 100% de los mismos.

Ejemplo 1:

5. BENEFICIARIOS	Edad	Parentesco	%	Correo electrónico	Teléfono
JUAN MATEO LEÓN LEÓN	25	HERMANO	50%	JUANLEON@GMAIL.COM	091234567

Ejemplo 2:

5. BENEFICIARIOS	Edad	Parentesco	%	Correo electrónico	Teléfono
JUAN MATEO LEÓN LEÓN	25	HERMANO	50%	JUANLEON@GMAIL.COM	091234567
MARIA JOSE LEÓN GARCIA	55	MADRE	50%	MARIAJ@GMAIL.COM	091234567

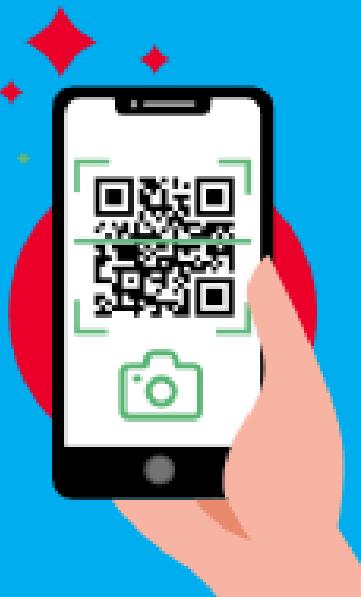
SEGUROS EQUINOCCIAL		TARJETA DE ENROLAMIENTO		SEGURO DE VIDA COLECTIVA	
1. SOLICITANTE:					
NÚMERO DE PÓLIZA:					
Apellidos: _____ Nombres: _____ Cédula: _____ Pasaporte: _____ N° _____ Sexo: M _____ F _____ Estado Civil Actual: Soltero Casado Viudo Divorciado Unión de Hecho _____ Fecha de Nacimiento: _____ / _____ / _____ Correo electrónico: _____ Teléfonos: Celular: _____ Convencional: _____					
2. NOMBRES Y APELLIDOS DEL TITULAR					
Información financiera: Ingresos _____ Egresos _____ Activos _____ Pasivos _____ 4. ACTIVIDAD ECONÓMICA / OCUPACIÓN DELITULAR Su ocupación: Empleado Público _____ Empleado Privado _____ Independiente _____ Ama de casa/Estudiante _____ Rentista _____ Jubilado/Pensionista _____ Remesas del exterior _____					
¿Se considera una persona expuesta políticamente (PEP)? Sí _____ No _____ Persona Políticamente Expuesta es quien desempeña o ha desempeñado funciones públicas destacadas en el país o en el exterior; o pertenece hasta el segundo grado de consanguinidad, primero de afinidad o que sea colaborador cercano de una persona políticamente expuesta. Se considera PEP hasta después de un año de haber cesado en sus funciones. Parentesco: _____ Cargo que desempeña: _____					
5. BENEFICIARIOS Edad Parentesco % Correo electrónico Teléfono TUTOR: Para el caso de menores de 18 años y siempre que sea legalmente designado. SOLO EN CASO DE ASEGURADOS DEPENDIENTES. COBERTURAS ADICIONALES: 6. ESCRIBA LOS NOMBRES DE: DEPENDIENTES Y ADICIONALES. (HIJOS SOLTEROS SOLO HASTA 25 AÑOS) Apellidos Nombres Cédula/Pasaporte Sexo (F/M) Fecha Nacimiento (dd/mm/aaaa) Parentesco					
DECLARACIONES					
Declaro expresamente e irrevocablemente que los datos consignados en el presente formulario son correctos y fidedignos. Asimismo, declaro que los fondos entregados a Seguros Equinoccial S.A. (en adelante, la "Aseguradora"), con los cuales se pagará la prima correspondiente a este contrato de seguros tienen origen lícito permitido por las leyes del Ecuador y no están ligados con actividades de: Narcotráfico, Lavado de Activos, Financiamiento del Terrorismo u otros delitos. Además, declaro conocer y aceptar que es mi obligación actualizar, comunicar y documentar cualquier cambio en la información consignada, durante la vigencia de la relación con la Aseguradora.					
AUTORIZACIONES					
Autorizo a la Aseguradora para que proceda con la comprobación de esta declaración. Para el efecto, la Aseguradora podrá efectuar todas las indagaciones necesarias, por los medios legales que considere convenientes. Doy mi consentimiento libre, específico, informado, inequívoco y explícito, para que la Aseguradora trate: (i) la información consignada en el presente formulario y/o (ii) la que proporcione por cualquier otro medio a la Aseguradora y/o (iii) aquella información que la Aseguradora acceda directa o indirectamente, por medio de fuentes accesibles al público. Por lo tanto, la Aseguradora está autorizada a tratar los datos personales consignados para: capturarlos, recopilarlos, procesarlos, operarlos, verificarlos, transmitirlos, almacenarlos o usarlos para el correcto cumplimiento de la relación entre el Asegurado y la Aseguradora. De igual forma, autorizo a la Aseguradora para que, de ser el caso, la remita a las autoridades competentes, organismos de control y/o a otras instituciones o personas jurídicas, para que se realice la verificación de la información.					
HOJA 1/2		segurosequinoccial.com		1800 Ecuaprimas	
				V2	

Cuando pienses en seguros piensa en
ecuaprimas®

**DESCARGA
AHORA**



**ecuaprimas
CONNECT**





Programa de Vida y Asistencia Médica

Vigencia 01/10/2024 – 30/09/2025

nuestra esencia es
humana

ecuaprimas



CONOCE A AL EQUIPO QUE ESTARÁ JUNTO A TI EN TODO MOMENTO



Sughey León Zambrano
EJECUTIVA DE SEGUROS DE PERSONAS
sugheyleon@ecuaprimas.com
(099) 8443978

Funciones Principales

- Consultas de tu póliza de Asistencia Médica
- Asesoría de Centros Médicos
- Autorización para exámenes



Anggie Aveiga Hinostroza
EJECUTIVO DE SINIESTROS/ EMERGENCIAS
anggieaveiga@ecuaprimas.com
(099) 5342570

Funciones Principales

- Atenciones de Emergencia 24/7
- Cirugías programadas.

Ecuaprimas cuenta con profesionales capacitados en brindar un acompañamiento profesional orientado a altos niveles de servicios.

ecuaprimas



COBERTURAS DE ASISTENCIA MÉDICA



COBERTURAS AMBULATORIAS

ecuaprimas

Límite Máximo por Incapacidad	\$16,000.00
Nivel	Practihumana
Deducible Anual por cada persona del grupo familiar	\$150
Enfermedades Pre Existentes – Congénitas	Se cubren como cualquier incapacidad, aplicando deducible y copago. Siempre y cuando haya superado el periodo de carencia.
Valor tope de Consulta Médica	Guayaquil: \$81,25 Resto del País: \$65
Cobertura ambulatoria en cuadro direccionado (RED CAM) a nivel nacional. Los exámenes que prescriba dicha red (Laboratorio, Imagen RX Básicos, y Terapias)	Medilink - Metrored 90% Otros Prestadores - 70% Sin aplicación de deducible
Cobertura ambulatoria en cuadro direccionado (RED CAM) a nivel nacional. Los exámenes que prescriba dicha red (Imagen Compleja y Procedimientos)	Medilink - Metrored 80% Otros Prestadores - 70% Con aplicación de deducible
Cobertura fuera de la red	No aplica



CONCEPTOS IMPORTANTES:

Ambulatoria: Cualquier gasto que se genera, mientras no estas ingresado en un hospital. Ejemplo: gastos de medicinas, exámenes, imágenes entre otros.

CENTROS MÉDICOS

ecuaprimas

CENTROS MÉDICOS PREFERENCIALES:

Metrored
Centros Médicos



Fee de Consulta:
Especialidades Básicas: \$5
Otras Especialidades: \$8



VERIS y SIME
No aplica

medi+global



BIODIMED.
Medicina Integral
con resultados confiables!



COPAGO:
\$10



-
-
-
-

1. Escoger el centro médico de tu preferencia.
2. Agendar la cita médica
3. Asistir 20 minutos antes de tu consulta
4. Cancelar en caja el valor del copago

COBERTURA PARA EXAMENES EN CENTROS DE LA RED CAM

- La Orden puede ser de cualquier medico afiliado o no.
- La orden debe tener datos completos del paciente, diagnóstico, firma y sellos del médico.
- Se debe gestionar con mínimo 24h de anticipación la autorización para exámenes ambulatorios con los prestadores en convenio.
- Humana emite la autorización detallando el valor del copago que asume el afiliado 30% y el valor del deducible en exámenes de alta complejidad.

CONSULTA CON MÉDICOS AFILIADOS



1

2

3

nuestra esencia es
humana

ecuaprimas

Ingresar a la **Portal de Humana**

<https://red.humana.med.ec/RedHumana>

Ingresar a **Red de Prestadores**

A screenshot of the Red de Prestadores website. The header features the logo "8 humana" with "Red de Prestadores" above it. Below the header is a navigation bar with links: Inicio, Planes, Medihumana, Humana Contigo, Red Prestadores (which is highlighted in green), Quiénes somos, Mi Humana, and Comprar Plan.

Filtrar la **Ciudad** que necesitas, elige la especialidad:

A screenshot of a filtering interface. It shows three dropdown menus: "Guayaquil", "Consulta Medica", and "Pediatría". Each menu has a blue arrow pointing down to its right.

A screenshot of a provider profile card. It features icons for a stethoscope and a doctor. The name "TORRES ORDOÑEZ PIEDAD GUADALUPE" is listed, along with the product "Practihumana". It includes the address "Cdra. Kennedy Norte. Av. Alejandro Andrade y - Juan Rolando, Torre 2, Tercer piso oficina 315", the type of attention "Ambulatorio", and the location "Guayaquil". A "Ver más..." button is at the bottom right. A hand cursor icon is positioned over the "Ver más..." button.

Red Preferida
Practihumana – Valor de Consulta: \$15

BENEFICIO MEDICINAS

ecuaprimas



Te acercarás
a la farmacia
con la receta
y cédula de
identidad



Cancela el valor del
copago:
Vademécum A: 10%
Vademécum B: 30%



En caso de que algún
medicamento no conste
en el vademécum, podrá
ser gestionado vía
reembolso acorde a las
condiciones del contrato.



Vigencia de receta
para acceder al
crédito **5 días**
desde la fecha de
la atención

IMPORTANTE:

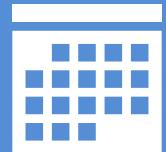


Para medicación continua, se entregará la dosis para el primer mes:

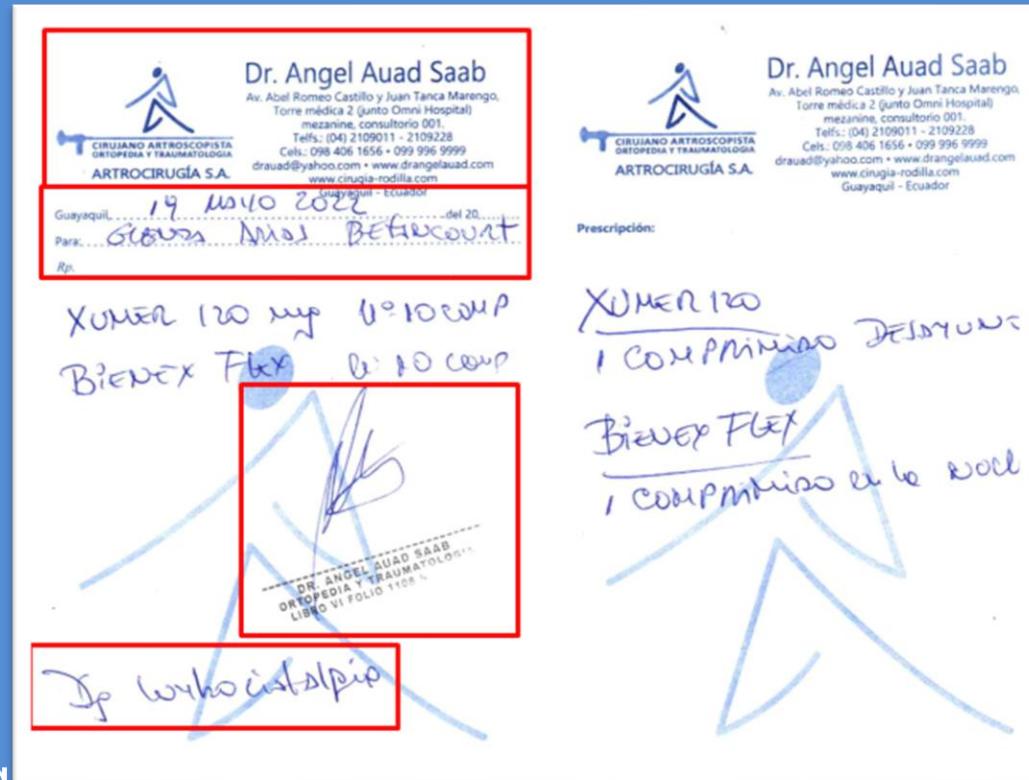
1.- Una vez entregada la primera dosificación, **se entregará la copia de la receta, colocando la cantidad entregada pendiente, fecha de despacho y firma del responsable.**



#00



2.- Este proceso se repite hasta completar la cantidad ordenada por el medico (máximo hasta 6 meses)



COBERTURAS HOSPITALARIAS

ecuaprimas

Límite Máximo por Incapacidad	\$16,000.00
Cobertura dentro y fuera de la red	70%
Cobertura direccionada <small>*Prestadores sujetos a cambios</small>	80% Guayaquil: Aprofe, Clínica San Francisco, Clínica Alborada, Clínica Santa María, Panamericana, Politzer, Real Visión y Sur Hospital. Quito: Clínica Tumbaco, Hospital San Bartolo, Clínica de Especialidades del Sur, Clínica Emergencias San Francisco de Sangolquí, Clínica María Auxiliadora, Clínica Moderna, Clínica Integral y Fundación Tierra Nueva (Padre Carollo).
Crédito hospitalario	100%
Nivel	Practihumana
Cuarto y alimento diario al 100%	Hasta \$ 100
Terapia Intensiva	De acuerdo al % hospitalario

CONCEPTOS IMPORTANTES:



Hospitalario: Exige estar ingresado en un centro hospitalario, es decir que permanezca más de 24 horas en una clínica.

Coaseguro: El porcentaje con que el asegurado coopera dentro de un gasto hospitalario.

GUAYAQUIL



HOSPITAL CLÍNICA
PANAMERICANA

GRUPO HOSPITALARIO
KENNEDY
ALBORADA

 **CLÍNICA
UNIÓN**
JUNTOS POR TU SALUD

JUNTA DE BENEFICENCIA
DE GUAYAQUIL
**HOSPITAL
LUIS VERNAZA**
JUNTA DE BENEFICENCIA DE GUAYAQUIL


MILENIUM
CLINICA


**CLINICA
ALBORADA C.A.**


clínica guayaquil
ganando corazones


**Hospital Clínica
San Francisco**


**CLINICA
SANTA MARÍA**

IDEALES PARA:

- Atenciones de Emergencia por Accidente
- Hospitalizaciones.



QUITO



HOSPITAL VOZANDES QUITO
"A la gloria de Dios y al servicio del Ecuador"


HQ


**CLÍNICA
AMERICANA
ADVENTISTA**


**Clínicas
ATLAS**

MANTA




CLINGAVI S.A.
ESPECIALIDADES MEDICAS


Clínica del Sol

Somos una opción en medicina



¿Y SI TENGO UNA
EMERGENCIA
POR ACCIDENTE?



EMERGENCIA POR ACCIDENTE

ecuaprimas

Emergencia por Accidente: Beneficio aplicable a un evento violento, súbito, fortuito, imprevisto, causado por un agente externo y que NO esté relacionado a una ENFERMEDAD.

Cobertura del 100% **dentro de las 24 horas del accidente, hasta \$ 1.500**; Valores adicionales se financiarán con el tipo de atención ambulatoria y condiciones de cobertura.

En caso de tener un accidente de tránsito en el Ecuador, se aplicará primero el seguro del SPPAT hasta los \$3.000, si los gastos superan este monto el excedente cubrirá el seguro privado de acuerdo al contrato.



Ante una emergencia llamar a Ecuaprimas

0995342570
Anggie Aveiga Hinostroza

COBERTURA DE AMBULANCIA

ecuaprimas



Ambulancia Terrestre	AI 100%, no aplica deducible, vía reembolso hasta \$400.
Ambulancia Aérea	\$3.500, no aplica deducible
Médico a domicilio	\$10

Médico a Domicilio: Realiza una evaluación telefónica inicial. El médico asiste a su domicilio, lo médica y estabiliza.

Llamando al 1800 HUMANA (486262)

IMPORTANTE:

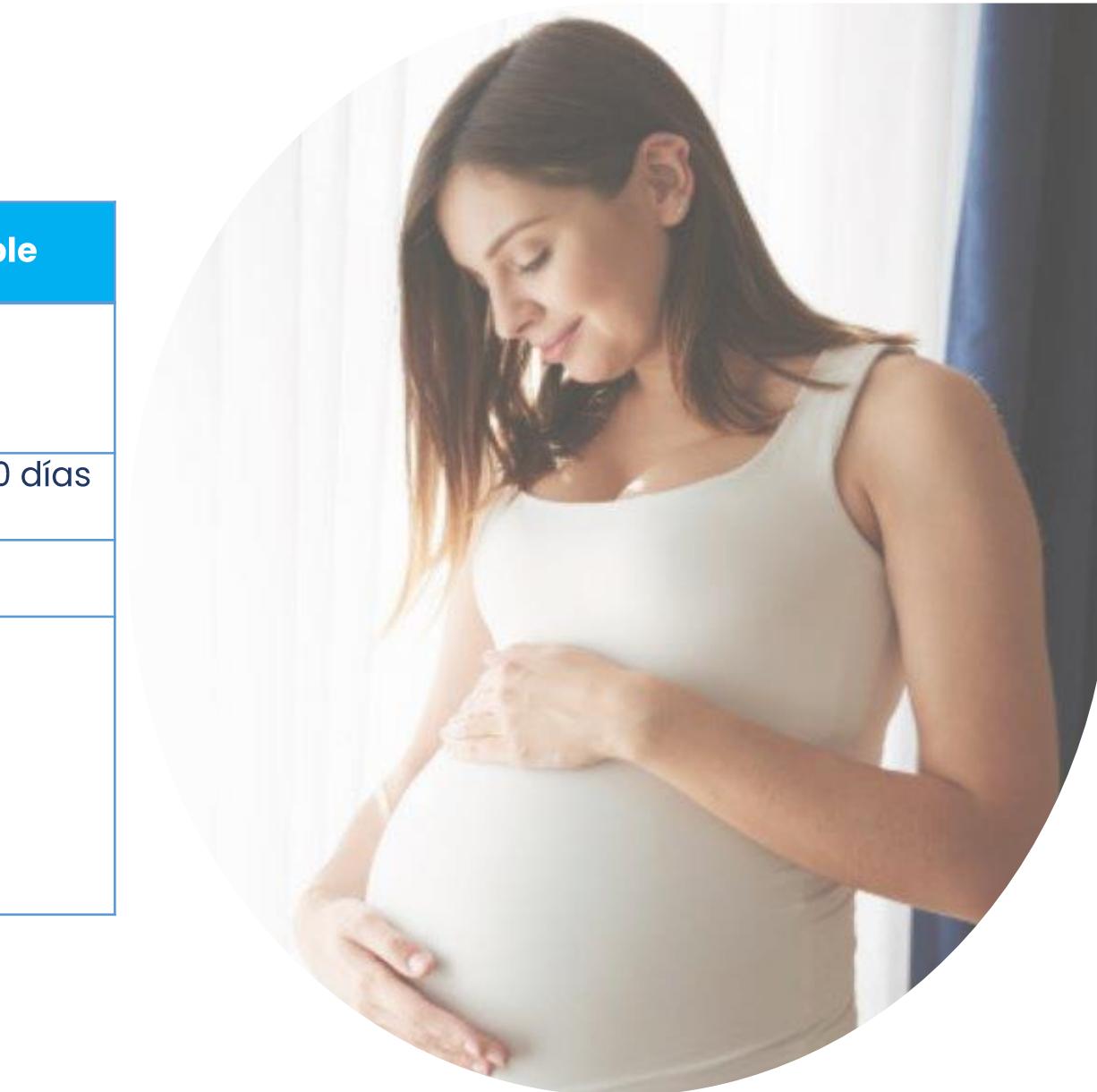
En caso de alguna emergencia en donde este en riesgo la vida del paciente, llamar al 911 o a la ambulancia de los Bomberos.



COBERTURA DE MATERNIDAD

ecuaprimas

Monto de Cobertura	Al 100 % sin Deducible
Parto Normal, Cesárea o Aborto no provocado, complicaciones durante el embarazo, chequeos prenatales.	\$1.200
Tiempo de notificación del embarazo	durante los primeros 90 días de gestación
Periodo de carencia	60 días
Cobertura del recién nacido de una maternidad cubierta, como cualquier incapacidad desde el 1er día	



COBERTURA CONTROL NIÑO SANO

ecuaprimas

- Aplica hasta el tope de consulta al 100% en modalidad cerrada o abierta sin aplicación de deducible.
- Cobertura Vacunas: (bajo el esquema del Ministerio de Salud Pública) hasta \$60 por dosis al 80% sin aplicación de deducible hasta los 5 años de edad.
- Cobertura leche medicada bajo prescripción médica, para niños hasta los 5 años, 11 meses y 29 días, al 80% con deducible hasta: \$400

Cobertura	Frecuencia	Edad
1 consulta	Mensual	Hasta 12 meses
1 consulta	Trimestral	Hasta 36 meses
1 consulta	Semestral	Hasta 60 meses



CIRUGÍAS PROGRAMADAS

ecuaprimas

- Es importante que, si la hospitalización es programada, se debe coordinar con Ecuaprimas el presupuesto de gastos y honorarios médicos mínimo con **72 horas de anticipación** previo al ingreso en la clínica u hospital.
- Se deberá adjuntar el formulario de Pre autorización de Cirugías con los soportes médicos (informes de ecografías, exámenes de laboratorio)
- El crédito hospitalario es al 100%; el valor de deducible, copago y gastos no cubiertos serán cobrados mediante nota de cobranza que llegará a la empresa, para que el afiliado/a cancele dentro del mes.
- Los documentos deben ser enviados a anggieaveiga@ecuaprimas.com

Nuestra esencia es humana | Solicitud de Preautorización hospitalaria | Número de Trámite: _____

Esta solicitud debe ser presentada a HUMANA S.A. con **mínimo 5 días hábiles** antes de la cirugía programada y debe ser llenada con todos los datos completos. HUMANA S.A. responderá su requerimiento en **2 días hábiles**.

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Empresa Contratante: _____
Seleccione el Contrato al que desea aplicar este crédito: Corporativo Individual Empresarial Renacer Proteger
Titular: _____ Cédula: _____ Teléfono móvil: _____
Teléfono Doméstico: _____ (Apellidos y nombres) Ciudad: _____ E-mail: _____
Paciente: _____ (Apellidos y nombres) Cédula: _____ Edad: _____ Parentesco: _____

2. ANTECEDENTES MÉDICOS QUIRÚRGICOS (A ser llenados por el Médico Tratante)

HOSPITAL-CLÍNICA DE ATENCIÓN: _____ Fecha tentativa de Ingreso: Día ____ Mes ____ Año ____
TIPO DE ATENCIÓN: Ambulatorio Hospital del día Hospitalario TIPO DE ANESTESIA: Local Ráquidea/Epidural General
Nombre del Médico Tratante: _____ Especialidad: _____ Teléfono: _____
RUC: _____ ¿Usted mantiene convenio con HUMANA? Si No ¿Es del Staff del Hospital/Clínica? Si No
Nombre del Paciente: _____ Edad: _____ Género: _____
Diagnóstico definitivo:

CIE 10	_____
CIE 10	_____
CIE 10	_____

La condición actual del Paciente se debe a: Enfermedad Accidente Embarazo Fecha FUM: Día ____ Mes ____ Año ____
Fecha de inicio de los primeros síntomas: Día ____ Mes ____ Año ____ Fecha del diagnóstico primera vez: Día ____ Mes ____ Año ____
APP (Antecedentes Patológicos Personales): _____
APQ (Antecedentes Previos Quirúrgicos): _____
Hallazgos de Laboratorio, Imagen e Interconsultas más relevantes: _____
DETALLE DE PROCEDIMIENTO(S) A REALIZAR:
Código CPT: _____ USD _____
Código CPT: _____ USD _____
Código CPT: _____ USD _____
En caso de requerir Ayudante, favor indicar el nombre del Médico Ayudante: _____ USD _____
Como Médico certifico que todos los antecedentes indicados son verdaderos y que proporcionaré los respaldos médicos, tanto de exámenes complementarios, de apoyo diagnóstico, así como la copia completa de la Historia Clínica del paciente, si fueran requeridos por parte de HUMANA S.A.
3. AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE / TITULAR
Por medio de la presente, ratifico y certifico que las declaraciones aquí rendidas son verídicas y reales. Asimismo, ratifico mi autorización sobre la entrega de información médica y de salud que se requiere para la tramitación de esta solicitud por parte de HUMANA S.A. y autorizo a todos los Profesionales e Instituciones Sanitarias y de Diagnóstico que me prestaron atención médica (o a mi representado) a proporcionar la total información sanitaria, historia clínica integral, documentos relacionados, copias exactas de sus archivos, resultados de exámenes de laboratorio, imágenes, etc. Estoy consciente de que, en caso de que se compruebe falsedad o reticencia en la información suministrada, perderé mis beneficios sobre esta solicitud, sin lugar a reclamación posterior.
FIRMA DEL PACIENTE (MAYOR DE 18 AÑOS)
NOTA: Si el paciente es menor de edad, debe firmar el Titular como Representante Legal del menor.
FIRMA DEL TITULAR
Fecha: Día ____ Mes ____ Año ____

4. DOCUMENTOS OBLIGATORIOS PARA EL TRÁMITE DE ESTA SOLICITUD DE PREAUTORIZACIÓN

Resultados e Informes de exámenes de laboratorio, imágenes, con relación al procedimiento programado
 Placas de imágenes realizadas al paciente: Rayos X, Tomografías, Resonancias Magnéticas, etc.
 Historia clínica completa en el Formato 002 del MSP (o su equivalente)

El contratante podrá solicitar a la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros la verificación de este texto.
La Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros para efectos de control asignó al presente documento el registro N° 53320 con oficio N° SCVS-IRQ-DRS-2021-00007978-0, de 01 de marzo de 2021.

HUM-PRE-HOS-V2
humana.med.ec
1800 HUMANA (48 62 62)

PROCESO DE REEMBOLSO

ecuaprimas

Documentos para presentar Reembolsos:

1. Consultas.-

- Formulario de Reembolsos debidamente llenado y firmado por el asegurado y por el médico tratante.
- Factura de consulta con nombre de paciente, sello, firma del Dr. y el diagnóstico.

2. Medicina.-

- Formulario de Reembolsos debidamente llenado y firmado por el asegurado y por el médico tratante.
- Receta original con: nombre del paciente, sello, firma del Dr. y el diagnóstico.
- Factura impresa (no comprobante electrónico).

3. Exámenes laboratorio / imágenes.-

- Formulario de Reembolsos debidamente llenado y firmado por el asegurado y por el médico tratante.
- Orden original con: nombre del paciente, sello, firma del Dr. y el diagnóstico.
- Factura impresa (no comprobante electrónico) con detalle de valores de exámenes.
- Originales o copias de los resultados de los exámenes

4. Procedimientos / cirugías.-

- Formulario de Reembolsos debidamente llenado y firmado por el asegurado y por el médico tratante.
- Historia clínica completa o nota de evolución.
- Facturas impresas de todos los soportes de la cirugía.
- Originales o copias de los resultados de los exámenes.

IMPORTANTE:

Periodo de presentación de reclamos: **90 días desde su emisión.**



nuestra esencia es
humana

Solicitud de Reembolso
de atención médica

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN		
Empresa Contratante: _____		
Selecciona el Contrato al que desea aplicar este reembolso: <input type="checkbox"/> Corporativo <input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Empresarial <input type="checkbox"/> Renacer <input type="checkbox"/> Proteger		
Titular: _____	(Apellidos y nombres)	Cédula: _____ Teléfono móvil: _____
Teléfono Doméstico: _____	Cludad: _____	E-mail: _____
Paciente: _____	(Apellidos y nombres)	Cédula: _____ Edad: _____ Parentesco: _____
2. ANTECEDENTES MÉDICOS QUIRÚRGICOS (A ser llenados por el Médico tratante)		
Nombre del médico: _____	Especialidad: _____	RUC: _____
Nombre del Paciente: _____	Edad: _____	Género: _____ Fecha de atención: _____
Diagnóstico definitivo: <input type="checkbox"/> CIE 10 <input type="checkbox"/> CIE 10 <input type="checkbox"/> CIE 10		
La condición actual del Paciente se debe a: Enfermedad: <input type="checkbox"/>	Accidente: <input type="checkbox"/>	Embarazo: <input type="checkbox"/>
Fecha RUM: Día _____ Mes _____ Año _____		
Fecha de Inicio de los primeros síntomas: Día _____ Mes _____ Año _____	Fecha del diagnóstico primera vez: Día _____ Mes _____ Año _____	
2.1. EN CASO DE CIRUGÍA: Describa los procedimientos médicos completos y los antecedentes quirúrgicos previos.		
2.2. INTERCONSULTAS: ¿Ordenó Interconsulta con otros Profesionales Médicos? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Especialidad: _____		
Como Médico certifico que todos los antecedentes indicados son verdaderos y que proporciono los respaldos médicos, tanto de exámenes complementarios, de apoyo diagnóstico, así como la copia completa de la Historia Clínica del paciente, si fueran requeridos por parte de HUMANA S.A.		
FIRMA Y SELLO DEL MEDICO		Fecha: _____
Día _____ Mes _____ Año _____		
3. AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE / TITULAR		
Por medio de la presente, ratifico y certifico que las declaraciones aquí rendidas son verídicas y reales. Asimismo, ratifico mi autorización sobre la entrega de información médica y de salud que se requiere para la tramitación de esta solicitud por parte de HUMANA S.A. y autorizo a todos los Profesionales e Instituciones Sanitarias y de Diagnóstico que me prestaron atención médica (o a mi representado) a proporcionar toda la información sanitaria, historia clínica integral, documentos relacionados, copias exactas de sus archivos, resultados de exámenes de laboratorio, imágenes, etc. Estoy consciente de que, en caso de que se compruebe falsedad o reticencia en la información suministrada, perderé mis beneficios sobre esta solicitud, sin lugar a reclamación posterior.		
FIRMA DEL PACIENTE (MAYOR DE 18 AÑOS) NOTA: Si el paciente es menor de edad, debe firmar el Titular como Representante Legal del menor.	FIRMA DEL TITULAR Fecha: Día _____ Mes _____ Año _____	
4. REQUISITOS PARA REEMBOLSOS		
1. Solicitud de Reembolso de Atención Médica debidamente llenada, sellada y firmada por el Médico tratante, Titular y Paciente.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
2. Facturas físicas originales y/o facturas electrónicas (RIDE) por cada atención médica: consulta, honorarios médicos, medicinas, exámenes, laboratorio, imagen, terapias, procedimientos, etc.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
3. Pedidos, resultados e informes de: exámenes de laboratorio, imágenes, terapias, etc.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
4. Recetas de medicinas que incluya: nombre del medicamento, cantidad, dosis, frecuencia y tiempo de tratamiento.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
5. Factura de la clínica o el hospital con desglose de todos los servicios brindados.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
6. Historia clínica completa: anamnesis, examen físico, emergencia, notas de evolución, protocolo operatorio, registro de anestesia, epícrisis.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
7. En caso de emergencias o urgencias: Formulario 008 emitido por el Hospital o Clínica.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
8. En caso de violencia o delitos: Denuncia ante la autoridad competente	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
9. En caso de accidente de tránsito: Liquidación del SPAT y parte policial	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
10. En caso de coordinación de beneficios: Liquidación original del primer financiador y todos los documentos que respaldaron el pago de esa liquidación.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
11. En caso de gastos en el exterior, adicional a los documentos antes detallados, adjuntar comprobante de pago (voucher, estado de cuenta de tarjeta de crédito o estado de cuenta bancaria).	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

El contratante podrá solicitar a la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros la verificación de este texto. La Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros para efectos de control asignó al presente documento el registro N° 53321 con oficio N° SCVS-IRQ-DRS-2021-00007980-0, de 01 de marzo de 2021.

HUM-REE-ATM-V2

humanamed.ec
1800 HUMANA (48 62 62)

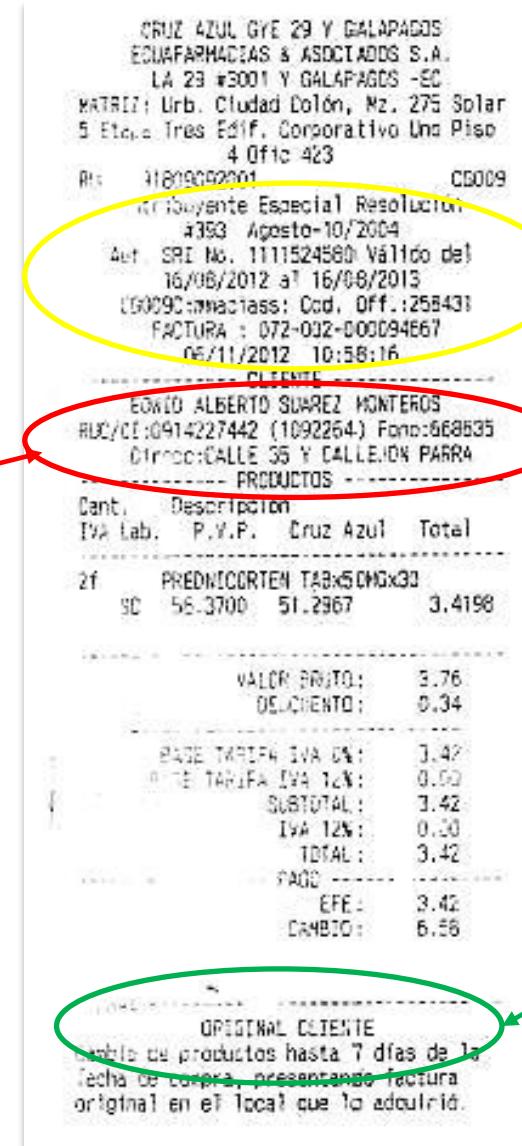
PROCESO DE REEMBOLSO

ecuaprimas

DATOS DE LA FACTURA:

Nombre y Número de Cédula del titular

No se aceptan facturas como "CONSUMIDOR FINAL"



Revisar que la factura este vigente y tenga autorización del SRI

Siempre facturas originales, solo se aceptan copias de facturas en casos de coordinación de beneficios



SEGUROS
de PERSONAS
ecuaprimas



BENEFICIOS ADICIONALES



PLAN DENTAL HUMANA

ecuaprimas

Cobertura única y exclusivamente para el colaborador, dentro de la red de prestadores de Humana:

RED CERRADA	COBERTURA	COPAGO	TOPES/ LÍMITES	CARENCIAS
PRESTACIONES BÁSICAS				
	Examen clínico y diagnóstico	0%	Sin límite	No aplica
	Rayos-X (Periapicales/Panorámica)	0%	Sin límite	No aplica
	Profilaxis (limpieza bucal)	0%	Sin límite	No aplica
	Consulta con un especialista	0%	Sin límite	No aplica
	Emergencia dental preautorizada en modalidad cerrada	0%	\$50	24 horas
RESTAURACIONES				
HUMANA	Restauración simple, compuesta y compleja de resina. (Incluye lesiones cervicales)	30%	Sin límite	30 días
CIRUGÍAS				
	Extracciones Simples	30%	Sin límite	60 días

<https://red.humana.med.ec/RedHumana>

BENEFICIOS ADICIONALES

ecuaprimas

Ligadura o Vasectomía

Para titular y dependientes cónyuges al 100% hasta US\$1.000

Audífonos

Medicamente necesarios para titulares y dependientes, una vez al año contrato aplica copago y deducible hasta \$400

Mamografía

Incluye consulta médica, una vez al año, para titulares y dependientes mayores de 40 años al 100% hasta \$60

Zapatos y Plantillas ortopédicas

Medicamente justificados al 100% sin deducible, máximo 1 par al año para menores de 12 años hasta: \$40

Ayuda Visual

Para titulares una vez al año contrato, al 100% sin aplicación de deducible hasta \$60

Antígeno Prostático

Incluye consulta médica, una vez al año, para titulares y dependientes mayores de 40 años al 100% hasta \$60

Terapias

Cobertura de terapias por diagnóstico (lenguaje, físicas, respiratorias, cardíacas, neurológicas y cognitivas) medicamente necesarias de acuerdo a pertinencia médica, como cualquier incapacidad Hasta 30 terapias hasta \$25 cada sesión.

Pap Test

Incluye consulta, una vez al año, para titulares y dependientes al 100% hasta \$60



SEGURO DE VIDA

SEGUROS
EQUINOCCIAL



SEGUROS EQUINOCCIAL VIDA

ecuaprimas

La póliza del seguro de vida tiene cobertura **única y exclusivamente para el colaborador**, de acuerdo a las siguientes especificaciones:

COBERTURAS SEGURO DE VIDA	MONTO ASEGURADO
Muerte por cualquier causa	
Muerte y/o Desmembración Accidental	\$10,000
Incapacidad Total y Permanente	
Beneficio Anticipado por Enfermedad Terminal	\$5,000

- En el punto N.1 Detallar el nombre de la empresa, y número de póliza.
- Respecto a los puntos N° 3, 4 y 6 no deben llenarlos ya que no son campos obligatorios.
- En relación al punto N° 5 de los beneficiarios, se podrán detallar hasta familiares de segundo grado de consanguinidad. En caso de dejar a 2 o 3 familiares, la sumatoria no deberá superar el 100% de los mismos.

Ejemplo 1:

5. BENEFICIARIOS	Edad	Parentesco	%	Correo electrónico	Teléfono
JUAN MATEO LEÓN LEÓN	25	HERMANO	50%	JUANLEON@GMAIL.COM	091234567

Ejemplo 2:

5. BENEFICIARIOS	Edad	Parentesco	%	Correo electrónico	Teléfono
JUAN MATEO LEÓN LEÓN	25	HERMANO	50%	JUANLEON@GMAIL.COM	091234567
MARIA JOSE LEÓN GARCIA	55	MADRE	50%	MARIAJ@GMAIL.COM	091234567

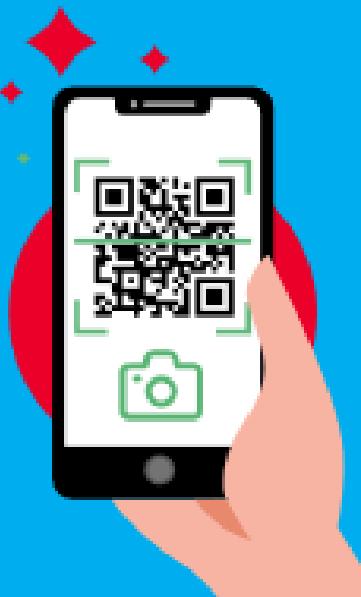
SEGUROS EQUINOCCIAL		TARJETA DE ENROLAMIENTO	SEGURO DE VIDA COLECTIVA		
		NÚMERO DE PÓLIZA:			
Apellidos: _____		Nombres: _____			
Cédula: _____	Pasaporte: _____ N° _____	Fecha de Nacimiento: _____ / _____ / _____			
Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Estado Civil Actual: Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Unión de Hecho <input type="checkbox"/>				
Correo electrónico: _____		Teléfonos: Celular: _____ Convencional: _____			
3. INFORMACIÓN FINANCIERA					
Información financiera: Ingresos _____		Egresos _____	Activos _____	Passivos _____	
4. ACTIVIDAD ECONÓMICA / OCUPACIÓN DELITITULAR					
Su ocupación: Empleado Público <input type="checkbox"/> Empleado Privado <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Ama de casa/Estudiante <input type="checkbox"/> Rentista <input type="checkbox"/> Jubilado/Pensionista <input type="checkbox"/> Remesas del exterior <input type="checkbox"/>					
¿Se considera una persona expuesta políticamente (PEP)? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>					
Persona Políticamente Expuesta es quien desempeña o ha desempeñado funciones públicas destacadas en el país o en el exterior; o tenga hasta el segundo grado de consanguinidad, primero de afinidad o que sea colaborador cercano de una persona políticamente expuesta. Se considera PEP hasta después de un año de haber cesado en sus funciones.					
Parentesco: _____		Cargo que desempeña: _____			
5. BENEFICIARIOS					
Apellido	Nombre	Edad	Parentesco	%	
6. ESCRIBA LOS NOMBRES DE: DEPENDIENTES Y ADICIONALES. (HIJOS SOLTEROS SOLO HASTA 25 AÑOS)					
Apellido	Nombre	Cédula/Pasaporte	Sexo (F/M)	Fecha Nacimiento (dd/mm/aaaa)	Parentesco
DECLARACIONES					
Declaro expresa e irrevocablemente que los datos consignados en el presente formulario son correctos y fidiegños. Asimismo, declaro que los fondos entregados a Seguros Equinoccial S.A. (en adelante, la "Aseguradora"), con los cuales se pagaría la prima correspondiente a este contrato de seguros tienen origen lícito permitido por las leyes del Ecuador y no están ligados con actividades de: Narcotráfico, Lavado de Activos, Financiamiento del Terrorismo u otros delitos. Además, declaro conocer y aceptar que es mi obligación actualizar, comunicar y documentar cualquier cambio en la información consignada, durante la vigencia de la relación con la Aseguradora.					
AUTORIZACIONES					
Autorizo a la Aseguradora para que proceda con la comprobación de esta declaración. Para el efecto, la Aseguradora podrá efectuar todas las indagaciones necesarias, por los medios legales que considere convenientes. Doy mi consentimiento libre, específico, informado, inequívoco y explícito, para que la Aseguradora trate: (i) la información consignada en el presente formulario y/o (ii) la que proporcione por cualquier otro medio a la Aseguradora y/o (iii) aquella información que la Aseguradora acceda -directa o indirectamente- por medio de fuentes accesibles al público. Por lo tanto, la Aseguradora está autorizada a tratar los datos personales consignados para: capturarlo, recopilarlo, procesarlo, operarlo, verificarlo, transmitirlo, almacenarlo o usarlo para el correcto cumplimiento de la relación entre el Asegurado y la Aseguradora. De igual forma, autorizo a la Aseguradora para que, de ser el caso, la remita a las autoridades competentes, organismos de control y/o a otras instituciones o personas jurídicas,					
HOJA 1/2		segurosequinoccial.com		1800 Ecuaprimas	V2

Cuando pienses en seguros piensa en
ecuaprimas®

**DESCARGA
AHORA**



**ecuaprimas
CONNECT**





Programa de Vida y Asistencia Médica

Vigencia 01/10/2024 – 30/09/2025

nuestra esencia es
humana

ecuaprimas



CONOCE A AL EQUIPO QUE ESTARÁ JUNTO A TI EN TODO MOMENTO



Sughey León Zambrano
EJECUTIVA DE SEGUROS DE PERSONAS
sugheyleon@ecuaprimas.com
(099) 8443978

Funciones Principales

- Consultas de tu póliza de Asistencia Médica
- Asesoría de Centros Médicos
- Autorización para exámenes



Anggie Aveiga Hinostroza
EJECUTIVO DE SINIESTROS/ EMERGENCIAS
anggieaveiga@ecuaprimas.com
(099) 5342570

Funciones Principales

- Atenciones de Emergencia 24/7
- Cirugías programadas.

Ecuaprimas cuenta con profesionales capacitados en brindar un acompañamiento profesional orientado a altos niveles de servicios.

ecuaprimas



COBERTURAS DE ASISTENCIA MÉDICA



COBERTURAS AMBULATORIAS

ecuaprimas

Límite Máximo por Incapacidad	\$20,000.00
Deducible Anual por cada persona del grupo familiar	\$250
Enfermedades Pre Existentes – Congénitas	Se cubren como cualquier incapacidad, aplicando deducible y copago. Siempre y cuando haya superado el periodo de carencia.
Valor tope de Consulta Médica	Guayaquil: \$81,25 Resto del País: \$65
Nivel	Metrohumana
Cobertura ambulatoria en cuadro direccionado (RED CAM) a nivel nacional. Los exámenes que prescriba dicha red (Laboratorio, Imagen RX Básicos, y Terapias)	Medilink - Metrored 90% Otros Prestadores 80% Sin aplicación de deducible
Cobertura ambulatoria en cuadro direccionado (RED CAM) a nivel nacional. Los exámenes que prescriba dicha red (Imagen Compleja y Procedimientos)	80% Con aplicación de deducible
Cobertura fuera de la red	80%



CONCEPTOS IMPORTANTES:

Ambulatoria: Cualquier gasto que se genera, mientras no estas ingresado en un hospital. Ejemplo: gastos de medicinas, exámenes, imágenes entre otros.

CENTROS MÉDICOS

ecuaprimas

CENTROS MÉDICOS PREFERENCIALES:

Metrored
Centros Médicos



 **Fee de Consulta:**
Especialidades Básicas: \$5
Otras Especialidades: \$8

veris
Hacemos fácil cuidarte



 **COPAGO:**
\$20

medi+global


BIODIMED
Medicina Integral
con resultados confiables!


MEDIGROUP
Centro Médico



COPAGO:
\$10




-  1.
-  2.
-  3.
-  4.

1. Escoger el centro médico de tu preferencia.
2. Agendar la cita médica
3. Asistir 20 minutos antes de tu consulta
4. Cancelar en caja el valor del copago \$10

COBERTURA PARA EXAMENES EN CENTROS DE LA RED CAM

- La Orden puede ser de cualquier medico afiliado o no.
- La orden debe tener datos completos del paciente, diagnóstico, firma y sellos del médico.
- Se debe gestionar con mínimo 24h de anticipación la autorización para exámenes ambulatorios con los prestadores en convenio.
- Humana emite la autorización detallando el valor del copago que asume el afiliado 30% y el valor del deducible en exámenes de alta complejidad.

CONSULTA CON MÉDICOS AFILIADOS



1

2

3

nuestra esencia es
humana

ecuaprimas

Ingresar a la **Portal de Humana**

<https://red.humana.med.ec/RedHumana>

Ingresar a **Red de Prestadores**

A screenshot of the Red de Prestadores website. The header features the logo "8 humana" with "Red de Prestadores" above it. Below the header is a navigation bar with links: Inicio, Planes, Medihumana, Humana Contigo, Red Prestadores (which is highlighted in green), Quiénes somos, Mi Humana, and Comprar Plan.

Filtrar la **Ciudad** que necesitas, elige la especialidad:

A screenshot of a filtering interface. It shows three dropdown menus: "Guayaquil", "Consulta Medica", and "Pediatría". Each menu has a blue arrow pointing down to its right.

A screenshot of a provider profile card. It features icons for a stethoscope and a doctor. The name "TORRES ORDOÑEZ PIEDAD GUADALUPE" is listed, along with the product "Practihumana". It includes the address "Cdra. Kennedy Norte. Av. Alejandro Andrade y - Juan Rolando, Torre 2, Tercer piso oficina 315", the type of attention "Ambulatorio", and the location "Guayaquil". A "Ver más..." button is at the bottom right. A hand cursor icon is positioned over the "Ver más..." button.

Red Preferida
Practihumana – Valor de Consulta: \$15

BENEFICIO MEDICINAS

ecuaprimas



Te acercarás
a la farmacia
con la receta
y cédula de
identidad



Cancela el valor del
copago:
Vademécum A: 10%
Vademécum B: 30%



En caso de que algún
medicamento no conste
en el vademécum, podrá
ser gestionado vía
reembolso acorde a las
condiciones del contrato.



Vigencia de receta
para acceder al
crédito **5 días**
desde la fecha de
la atención

IMPORTANTE:



Para medicación continua, se entregará la dosis para el primer mes:

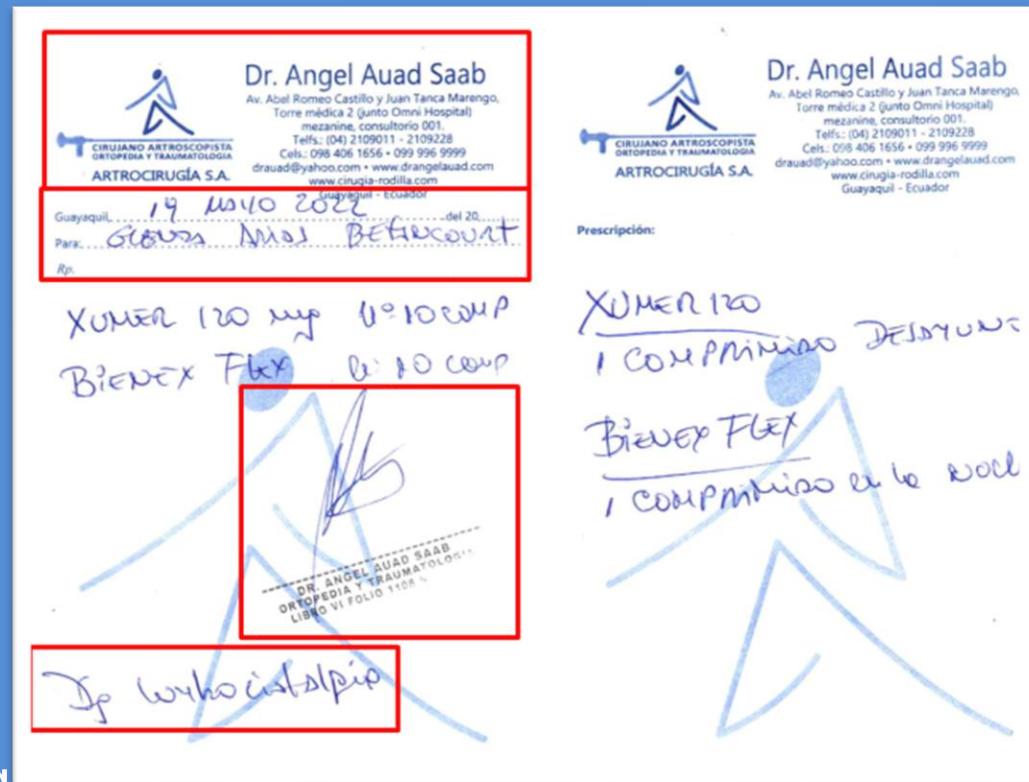
1.- Una vez entregada la primera dosificación, **entregamos copia de la receta, colocando la cantidad entregada pendiente, fecha de despacho y firma del responsable.**



#00



2.- Este proceso se repite hasta completar la cantidad ordenada por el medico (máximo hasta 6 meses)



COBERTURAS HOSPITALARIAS

ecuaprimas

Límite Máximo por Incapacidad	\$20,000.00
Cobertura dentro de la red	80%
Cobertura fuera de la red	80%
Crédito hospitalario	100%
Nivel	Metrohumana
Cuarto y alimento diario al 100%	Hasta \$ 150
Terapia Intensiva	De acuerdo al % hospitalario

CONCEPTOS IMPORTANTES:



Hospitalario: Exige estar ingresado en un centro hospitalario, es decir que permanezca más de 24 horas en una clínica.

Coaseguro: El porcentaje con que el asegurado coopera dentro de un gasto hospitalario.

GUAYAQUIL



HOSPITAL CLÍNICA
PANAMERICANA

GRUPO HOSPITALARIO
KENNEDY
ALBORADA

 **CLÍNICA
UNIÓN**
JUNTOS POR TU SALUD

JUNTA DE BENEFICENCIA
DE GUAYAQUIL
**HOSPITAL
LUIS VERNAZA**
JUNTA DE BENEFICENCIA DE GUAYAQUIL


MILENIUM
CLINICA


**CLINICA
ALBORADA C.A.**


clínica guayaquil
ganando corazones


**Hospital Clínica
San Francisco**


**CLINICA
SANTA MARÍA**

QUITO




HOSPITAL VOZANDES QUITO
"A la gloria de Dios y al servicio del Ecuador"


**AXXIS
HOSPITAL
DE ESPECIALIDADES**


**CLÍNICA
AMERICANA
ADVENTISTA**


**Clínicas
ATLAS**


**Hospital
Metropolitano**

MANTA




**CLINGAVI S.A.
ESPECIALIDADES
MÉDICAS**


Clínica del Sol

Somos una opción en medicina

IDEALES PARA:

- Atenciones de Emergencia por Accidente
- Hospitalizaciones.





¿Y SI TENGO UNA
EMERGENCIA
POR ACCIDENTE?



EMERGENCIA POR ACCIDENTE

ecuaprimas

Emergencia por Accidente: Beneficio aplicable a un evento violento, súbito, fortuito, imprevisto, causado por un agente externo y que NO esté relacionado a una ENFERMEDAD.

Cobertura del 100% **dentro de las 24 horas del accidente, hasta \$ 1.500**; Valores adicionales se financiarán con el tipo de atención ambulatoria y condiciones de cobertura.

En caso de tener un accidente de tránsito en el Ecuador, se aplicará primero el seguro del SPPAT hasta los \$3.000, si los gastos superan este monto el excedente cubrirá el seguro privado de acuerdo al contrato.



Ante una emergencia llamar a Ecuaprimas

**0995342570
Anggie Aveiga Hinostroza**

COBERTURA DE AMBULANCIA

ecuaprimas



Ambulancia Terrestre	AI 100%, no aplica deducible, vía reembolso hasta \$400.
Ambulancia Aérea	\$3.500, no aplica deducible
Médico a domicilio	\$10

Médico a Domicilio: Realiza una evaluación telefónica inicial. El médico asiste a su domicilio, lo médica y estabiliza.

Llamando al 1800 HUMANA (486262)

IMPORTANTE:

En caso de alguna emergencia en donde este en riesgo la vida del paciente, llamar al 911 o a la ambulancia de los Bomberos.

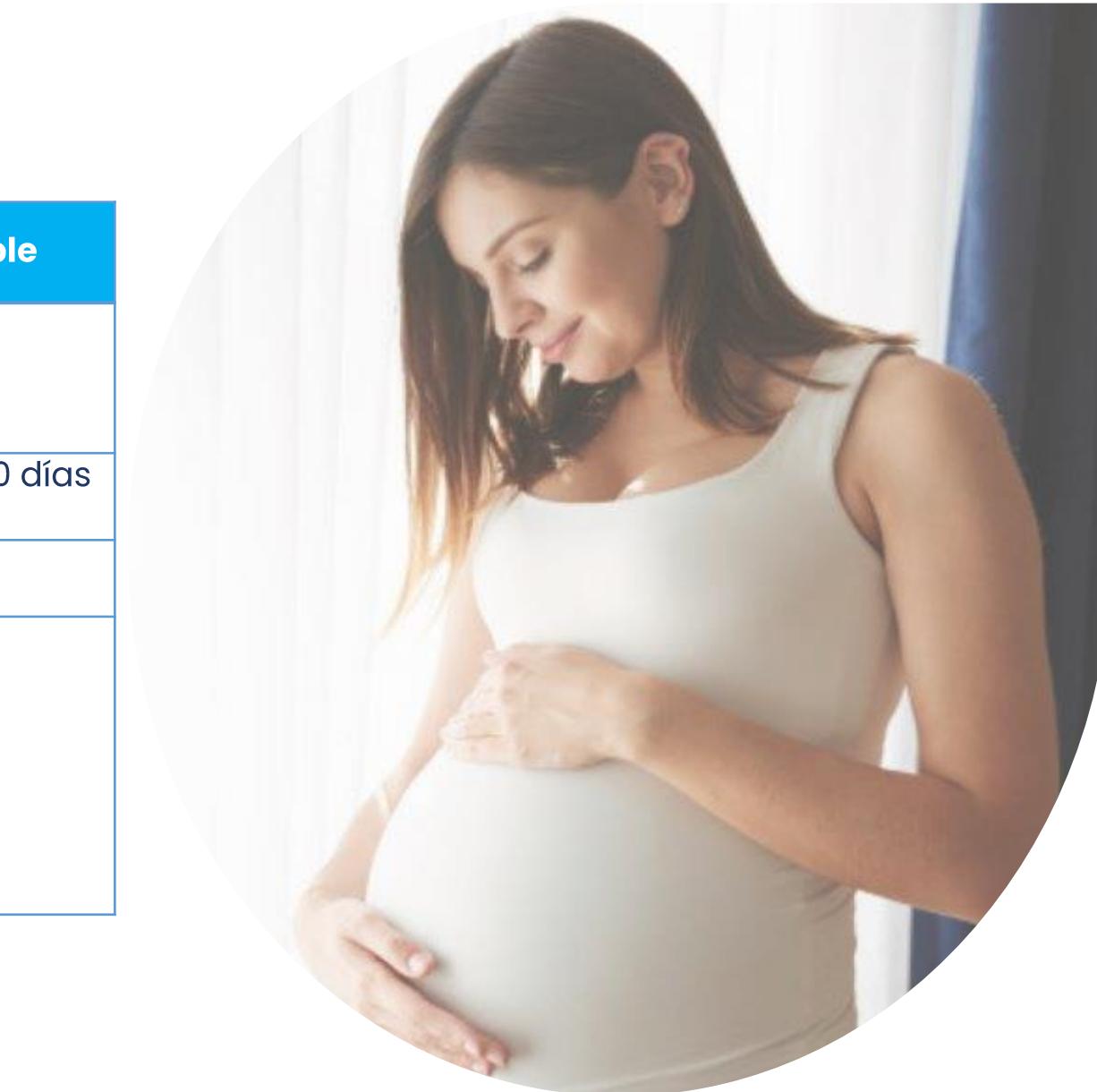


COBERTURA DE MATERNIDAD

ecuaprimas

Monto de Cobertura	Al 100 % sin Deducible
Parto Normal, Cesárea o Aborto no provocado, complicaciones durante el embarazo, chequeos prenatales.	\$1.500
Tiempo de notificación del embarazo	durante los primeros 90 días de gestación
Periodo de carencia	60 días

Cobertura del recién nacido de una maternidad cubierta, como cualquier incapacidad desde el 1er día



COBERTURA CONTROL NIÑO SANO

ecuaprimas

- Aplica hasta el tope de consulta al 100% en modalidad cerrada o abierta sin aplicación de deducible.
- Cobertura Vacunas: (bajo el esquema del Ministerio de Salud Pública) hasta \$60 por dosis al 80% sin aplicación de deducible hasta los 5 años de edad.
- Cobertura leche medicada bajo prescripción médica, para niños hasta los 5 años, 11 meses y 29 días, al 80% con deducible hasta: \$600

Cobertura	Frecuencia	Edad
1 consulta	Mensual	Hasta 12 meses
1 consulta	Trimestral	Hasta 36 meses
1 consulta	Semestral	Hasta 60 meses



CIRUGÍAS PROGRAMADAS

ecuaprimas

- Es importante que, si la hospitalización es programada, se debe coordinar con Ecuaprimas el presupuesto de gastos y honorarios médicos mínimo con **72 horas de anticipación** previo al ingreso en la clínica u hospital.
- Se deberá adjuntar el formulario de Pre autorización de Cirugías con los soportes médicos (informes de ecografías, exámenes de laboratorio)
- El crédito hospitalario es al 100%; el valor de deducible, copago y gastos no cubiertos serán cobrados mediante nota de cobranza que llegará a la empresa, para que el afiliado/a cancele dentro del mes.
- Los documentos deben ser enviados a anggieaveiga@ecuaprimas.com

Nuestra esencia es humana | Solicitud de Preautorización hospitalaria | Número de Trámite: _____

Esta solicitud debe ser presentada a HUMANA S.A. con **mínimo 5 días hábiles** antes de la cirugía programada y debe ser llenada con todos los datos completos. HUMANA S.A. responderá su requerimiento en **2 días hábiles**.

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Empresa Contratante: _____
Seleccione el Contrato al que desea aplicar este crédito: Corporativo Individual Empresarial Renacer Proteger
Titular: _____ Cédula: _____ Teléfono móvil: _____
Teléfono Doméstico: _____ (Apellidos y nombres) Ciudad: _____ E-mail: _____
Paciente: _____ (Apellidos y nombres) Cédula: _____ Edad: _____ Parentesco: _____

2. ANTECEDENTES MÉDICOS QUIRÚRGICOS (A ser llenados por el Médico Tratante)

HOSPITAL-CLÍNICA DE ATENCIÓN: _____ Fecha tentativa de Ingreso: Día ____ Mes ____ Año ____
TIPO DE ATENCIÓN: Ambulatorio Hospital del día Hospitalario TIPO DE ANESTESIA: Local Ráquidea/Epidural General
Nombre del Médico Tratante: _____ Especialidad: _____ Teléfono: _____
RUC: _____ ¿Usted mantiene convenio con HUMANA? Si No ¿Es del Staff del Hospital/Clínica? Si No
Nombre del Paciente: _____ Edad: _____ Género: _____
Diagnóstico definitivo:

CIE 10	_____
CIE 10	_____
CIE 10	_____

La condición actual del Paciente se debe a: Enfermedad Accidente Embarazo Fecha FUM: Día ____ Mes ____ Año ____
Fecha de inicio de los primeros síntomas: Día ____ Mes ____ Año ____ Fecha del diagnóstico primera vez: Día ____ Mes ____ Año ____
APP (Antecedentes Patológicos Personales): _____
APQ (Antecedentes Previos Quirúrgicos): _____
Hallazgos de Laboratorio, Imagen e Interconsultas más relevantes: _____
DETALLE DE PROCEDIMIENTO(S) A REALIZAR:
Código CPT: _____ USD _____
Código CPT: _____ USD _____
Código CPT: _____ USD _____
En caso de requerir Ayudante, favor indicar el nombre del Médico Ayudante: _____ USD _____
Como Médico certifico que todos los antecedentes indicados son verdaderos y que proporcionaré los respaldos médicos, tanto de exámenes complementarios, de apoyo diagnóstico, así como la copia completa de la Historia Clínica del paciente, si fueran requeridos por parte de HUMANA S.A.
3. AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE / TITULAR
Por medio de la presente, ratifico y certifico que las declaraciones aquí rendidas son verídicas y reales. Asimismo, ratifico mi autorización sobre la entrega de información médica y de salud que se requiere para la tramitación de esta solicitud por parte de HUMANA S.A. y autorizo a todos los Profesionales e Instituciones Sanitarias y de Diagnóstico que me prestaron atención médica (o a mi representado) a proporcionar la total información sanitaria, historia clínica integral, documentos relacionados, copias exactas de sus archivos, resultados de exámenes de laboratorio, imágenes, etc. Estoy consciente de que, en caso de que se compruebe falsedad o reticencia en la información suministrada, perderé mis beneficios sobre esta solicitud, sin lugar a reclamación posterior.
FIRMA DEL PACIENTE (MAYOR DE 18 AÑOS)
NOTA: Si el paciente es menor de edad, debe firmar el Titular como Representante Legal del menor.
FIRMA DEL TITULAR
Fecha: Día ____ Mes ____ Año ____

4. DOCUMENTOS OBLIGATORIOS PARA EL TRÁMITE DE ESTA SOLICITUD DE PREAUTORIZACIÓN

Resultados e Informes de exámenes de laboratorio, imágenes, con relación al procedimiento programado
 Placas de imágenes realizadas al paciente: Rayos X, Tomografías, Resonancias Magnéticas, etc.
 Historia clínica completa en el Formato 002 del MSP (o su equivalente)

El contratante podrá solicitar a la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros la verificación de este texto.
La Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros para efectos de control asignó al presente documento el registro N° 53320 con oficio N° SCVS-IRQ-DRS-2021-00007978-0, de 01 de marzo de 2021.

HUM-PRE-HOS-V2
humana.med.ec
1800 HUMANA (48 62 62)

PROCESO DE REEMBOLSO

ecuaprimas

Documentos para presentar Reembolsos:

1. Consultas.-

- Formulario de Reembolsos debidamente llenado y firmado por el asegurado y por el médico tratante.
- Factura de consulta con nombre de paciente, sello, firma del Dr. y el diagnóstico.

2. Medicina.-

- Formulario de Reembolsos debidamente llenado y firmado por el asegurado y por el médico tratante.
- Receta original con: nombre del paciente, sello, firma del Dr. y el diagnóstico.
- Factura impresa (no comprobante electrónico).

3. Exámenes laboratorio / imágenes.-

- Formulario de Reembolsos debidamente llenado y firmado por el asegurado y por el médico tratante.
- Orden original con: nombre del paciente, sello, firma del Dr. y el diagnóstico.
- Factura impresa (no comprobante electrónico) con detalle de valores de exámenes.
- Originales o copias de los resultados de los exámenes

4. Procedimientos / cirugías.-

- Formulario de Reembolsos debidamente llenado y firmado por el asegurado y por el médico tratante.
- Historia clínica completa o nota de evolución.
- Facturas impresas de todos los soportes de la cirugía.
- Originales o copias de los resultados de los exámenes.

IMPORTANTE:

Periodo de presentación de reclamos: **90 días desde su emisión.**



nuestra esencia es
humana

Solicitud de Reembolso
de atención médica

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN		
Empresa Contratante: _____		
Selecciona el Contrato al que desea aplicar este reembolso: <input type="checkbox"/> Corporativo <input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Empresarial <input type="checkbox"/> Renacer <input type="checkbox"/> Proteger		
Titular: _____	(Apellidos y nombres)	Cédula: _____ Teléfono móvil: _____
Teléfono Doméstico: _____	Cludad: _____	E-mail: _____
Paciente: _____	(Apellidos y nombres)	Cédula: _____ Edad: _____ Parentesco: _____
2. ANTECEDENTES MÉDICOS QUIRÚRGICOS (A ser llenados por el Médico tratante)		
Nombre del médico: _____	Especialidad: _____	RUC: _____
Nombre del Paciente: _____	Edad: _____	Género: _____ Fecha de atención: _____
Diagnóstico definitivo: <input type="checkbox"/> CIE 10 <input type="checkbox"/> CIE 10 <input type="checkbox"/> CIE 10		
La condición actual del Paciente se debe a: Enfermedad: <input type="checkbox"/>	Accidente: <input type="checkbox"/>	Embarazo: <input type="checkbox"/>
Fecha RUM: Día _____ Mes _____ Año _____		
Fecha de Inicio de los primeros síntomas: Día _____ Mes _____ Año _____	Fecha del diagnóstico primera vez: Día _____ Mes _____ Año _____	
2.1. EN CASO DE CIRUGÍA: Describa los procedimientos médicos completos y los antecedentes quirúrgicos previos.		
2.2. INTERCONSULTAS: ¿Ordenó Interconsulta con otros Profesionales Médicos? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Especialidad: _____		
Como Médico certifico que todos los antecedentes indicados son verdaderos y que proporciono los respaldos médicos, tanto de exámenes complementarios, de apoyo diagnóstico, así como la copia completa de la Historia Clínica del paciente, si fueran requeridos por parte de HUMANA S.A.		
FIRMA Y SELLO DEL MEDICO		Fecha: _____
Día _____ Mes _____ Año _____		
3. AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE / TITULAR		
Por medio de la presente, ratifico y certifico que las declaraciones aquí rendidas son verídicas y reales. Asimismo, ratifico mi autorización sobre la entrega de información médica y de salud que se requiere para la tramitación de esta solicitud por parte de HUMANA S.A. y autorizo a todos los Profesionales e Instituciones Sanitarias y de Diagnóstico que me prestaron atención médica (o a mi representado) a proporcionar toda la información sanitaria, historia clínica integral, documentos relacionados, copias exactas de sus archivos, resultados de exámenes de laboratorio, imágenes, etc. Estoy consciente de que, en caso de que se compruebe falsedad o reticencia en la información suministrada, perderé mis beneficios sobre esta solicitud, sin lugar a reclamación posterior.		
FIRMA DEL PACIENTE (MAYOR DE 18 AÑOS) NOTA: Si el paciente es menor de edad, debe firmar el Titular como Representante Legal del menor.	FIRMA DEL TITULAR	Fecha: Día _____ Mes _____ Año _____
4. REQUISITOS PARA REEMBOLSOS		
1. Solicitud de Reembolso de Atención Médica debidamente llenada, sellada y firmada por el Médico tratante, Titular y Paciente.		
2. Facturas físicas originales y/o facturas electrónicas (RIDE) por cada atención médica: consulta, honorarios médicos, medicinas, exámenes, laboratorio, imagen, terapias, procedimientos, etc.		
3. Pedidos, resultados e informes de: exámenes de laboratorio, imágenes, terapias, etc.		
4. Recetas de medicinas que incluya: nombre del medicamento, cantidad, dosis, frecuencia y tiempo de tratamiento.		
5. Factura de la clínica o el hospital con desglose de todos los servicios brindados.		
6. Historia clínica completa: anamnesis, examen físico, emergencia, notas de evolución, protocolo operatorio, registro de anestesia, epícrisis.		
7. En caso de emergencias o urgencias: Formulario 008 emitido por el Hospital o Clínica.		
8. En caso de violencia o delitos: Denuncia ante la autoridad competente		
9. En caso de accidente de tránsito: Liquidación del SPAT y parte policial		
10. En caso de coordinación de beneficios: Liquidación original del primer financiador y todos los documentos que respaldaron el pago de esa liquidación.		
11. En caso de gastos en el exterior, adicional a los documentos antes detallados, adjuntar comprobante de pago (voucher, estado de cuenta de tarjeta de crédito o estado de cuenta bancaria).		
Atención Ambulatoria	Hospitalización / Hospital del Día	

El contratante podrá solicitar a la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros la verificación de este texto. La Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros para efectos de control asignó al presente documento el registro N° 53321 con oficio N° SCVS-IRQ-DRS-2021-00007980-0, de 01 de marzo de 2021.

HUM-REE-ATM-V2

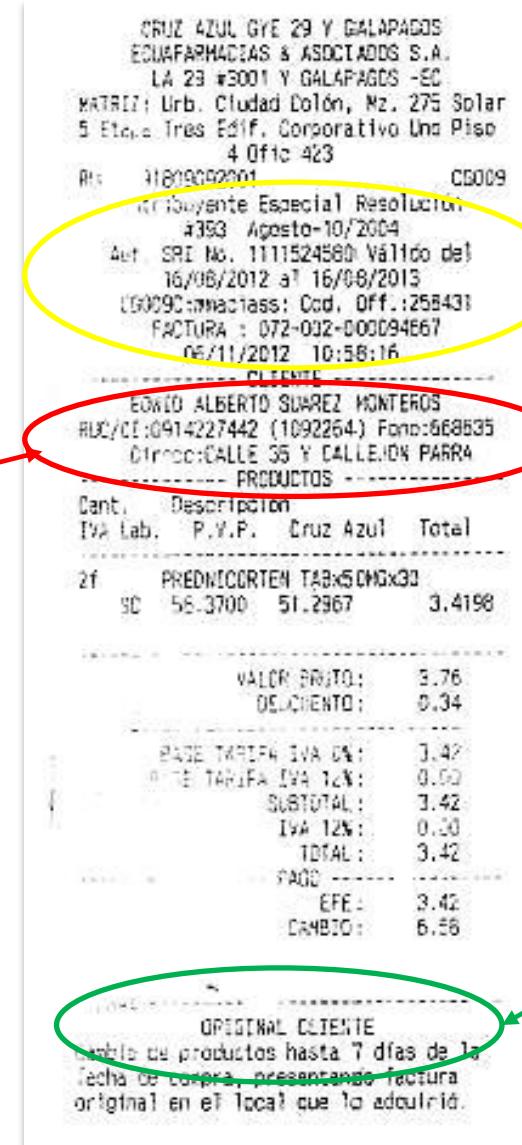
PROCESO DE REEMBOLSO

ecuaprimas

DATOS DE LA FACTURA:

Nombre y Número de Cédula del titular

No se aceptan facturas como "CONSUMIDOR FINAL"



Revisar que la factura este vigente y tenga autorización del SRI

Siempre facturas originales, solo se aceptan copias de facturas en casos de coordinación de beneficios



SEGUROS
de PERSONAS
ecuaprimas



BENEFICIOS ADICIONALES



PLAN DENTAL HUMANA

ecuaprimas

Cobertura única y exclusivamente para el colaborador, dentro de la red de prestadores de Humana:

RED CERRADA	COBERTURA	COPAGO	TOPES/ LÍMITES	CARENCIAS
PRESTACIONES BÁSICAS				
	Examen clínico y diagnóstico	0%	Sin límite	No aplica
	Rayos-X (Periapicales/Panorámica)	0%	Sin límite	No aplica
	Profilaxis (limpieza bucal)	0%	Sin límite	No aplica
	Consulta con un especialista	0%	Sin límite	No aplica
	Emergencia dental preautorizada en modalidad cerrada	0%	\$50	24 horas
RESTAURACIONES				
HUMANA	Restauración simple, compuesta y compleja de resina. (Incluye lesiones cervicales)	30%	Sin límite	30 días
CIRUGÍAS				
	Extracciones Simples	30%	Sin límite	60 días

<https://red.humana.med.ec/RedHumana>

BENEFICIOS ADICIONALES

ecuaprimas

Ligadura o Vasectomía

Para titular y dependientes cónyuges al 100% hasta US\$1.500

Audífonos

Medicamente necesarios para titulares y dependientes, una vez al año contrato aplica copago y deducible hasta \$400

Mamografía

Incluye consulta médica, una vez al año, para titulares y dependientes mayores de 40 años al 100% hasta \$60

Zapatos y Plantillas ortopédicas

Medicamente justificados al 100% sin deducible, máximo 1 par al año para menores de 12 años hasta: \$40

Ayuda Visual

Para titulares una vez al año contrato, al 100% sin aplicación de deducible hasta \$80

Antígeno Prostático

Incluye consulta médica, una vez al año, para titulares y dependientes mayores de 40 años al 100% hasta \$60

Terapias

Cobertura de terapias por diagnóstico (lenguaje, físicas, respiratorias, cardíacas, neurológicas y cognitivas) medicamente necesarias de acuerdo a pertinencia médica, como cualquier incapacidad Hasta 30 terapias hasta \$25 cada sesión.

Pap Test

Incluye consulta, una vez al año, para titulares y dependientes al 100% hasta \$60



SEGURO DE VIDA

SEGUROS
EQUINOCCIAL



SEGUROS EQUINOCCIAL VIDA

ecuaprimas

La póliza del seguro de vida tiene cobertura **única y exclusivamente para el colaborador**, de acuerdo a las siguientes especificaciones:

COBERTURAS SEGURO DE VIDA	MONTO ASEGURADO
Muerte por cualquier causa	
Muerte y/o Desmembración Accidental	\$10,000
Incapacidad Total y Permanente	
Beneficio Anticipado por Enfermedad Terminal	\$5,000

- En el punto N.1 Detallar el nombre de la empresa, y número de póliza.
- Respecto a los puntos N° 3, 4 y 6 no deben llenarlos ya que no son campos obligatorios.
- En relación al punto N° 5 de los beneficiarios, se podrán detallar hasta familiares de segundo grado de consanguinidad. En caso de dejar a 2 o 3 familiares, la sumatoria no deberá superar el 100% de los mismos.

Ejemplo 1:

5. BENEFICIARIOS	Edad	Parentesco	%	Correo electrónico	Teléfono
JUAN MATEO LEÓN LEÓN	25	HERMANO	50%	JUANLEON@GMAIL.COM	091234567

Ejemplo 2:

5. BENEFICIARIOS	Edad	Parentesco	%	Correo electrónico	Teléfono
JUAN MATEO LEÓN LEÓN	25	HERMANO	50%	JUANLEON@GMAIL.COM	091234567
MARIA JOSE LEÓN GARCIA	55	MADRE	50%	MARIAJ@GMAIL.COM	091234567

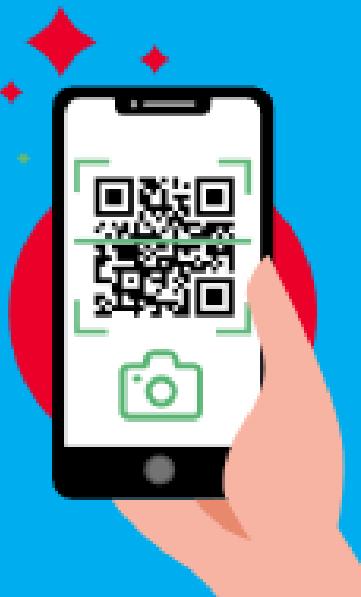
SEGUROS EQUINOCCIAL		TARJETA DE ENROLAMIENTO	SEGURO DE VIDA COLECTIVA		
		NÚMERO DE PÓLIZA:			
Apellidos: _____		Nombres: _____			
Cédula: _____	Pasaporte: _____ N° _____	Fecha de Nacimiento: _____ / _____ / _____			
Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Estado Civil Actual: Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Unión de Hecho <input type="checkbox"/>				
Correo electrónico: _____		Teléfonos: Celular: _____ Convencional: _____			
3. INFORMACIÓN FINANCIERA					
Información financiera: Ingresos _____		Egresos _____	Activos _____	Passivos _____	
4. ACTIVIDAD ECONÓMICA / OCUPACIÓN DELITITULAR					
Su ocupación: Empleado Público <input type="checkbox"/> Empleado Privado <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Ama de casa/Estudiante <input type="checkbox"/> Rentista <input type="checkbox"/> Jubilado/Pensionista <input type="checkbox"/> Remesas del exterior <input type="checkbox"/>					
¿Se considera una persona expuesta políticamente (PEP)? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>					
Persona Políticamente Expuesta es quien desempeña o ha desempeñado funciones públicas destacadas en el país o en el exterior; o tenga hasta el segundo grado de consanguinidad, primero de afinidad o que sea colaborador cercano de una persona políticamente expuesta. Se considera PEP hasta después de un año de haber cesado en sus funciones.					
Parentesco: _____		Cargo que desempeña: _____			
5. BENEFICIARIOS					
Apellido	Nombre	Edad	Parentesco	%	
6. ESCRIBA LOS NOMBRES DE: DEPENDIENTES Y ADICIONALES. (HIJOS SOLTEROS SOLO HASTA 25 AÑOS)					
Apellido	Nombre	Cédula/Pasaporte	Sexo (F/M)	Fecha Nacimiento (dd/mm/aaaa)	Parentesco
DECLARACIONES					
Declaro expresa e irrevocablemente que los datos consignados en el presente formulario son correctos y fidiegños. Asimismo, declaro que los fondos entregados a Seguros Equinoccial S.A. (en adelante, la "Aseguradora"), con los cuales se pagaría la prima correspondiente a este contrato de seguros tienen origen lícito permitido por las leyes del Ecuador y no están ligados con actividades de: Narcotráfico, Lavado de Activos, Financiamiento del Terrorismo u otros delitos. Además, declaro conocer y aceptar que es mi obligación actualizar, comunicar y documentar cualquier cambio en la información consignada, durante la vigencia de la relación con la Aseguradora.					
AUTORIZACIONES					
Autorizo a la Aseguradora para que proceda con la comprobación de esta declaración. Para el efecto, la Aseguradora podrá efectuar todas las indagaciones necesarias, por los medios legales que considere convenientes. Doy mi consentimiento libre, específico, informado, inequívoco y explícito, para que la Aseguradora trate: (i) la información consignada en el presente formulario y/o (ii) la que proporcione por cualquier otro medio a la Aseguradora y/o (iii) aquella información que la Aseguradora acceda -directa o indirectamente- por medio de fuentes accesibles al público. Por lo tanto, la Aseguradora está autorizada a tratar los datos personales consignados para: capturarlo, recopilarlo, procesarlo, operarlo, verificarlo, transmitirlo, almacenarlo o usarlo para el correcto cumplimiento de la relación entre el Asegurado y la Aseguradora. De igual forma, autorizo a la Aseguradora para que, de ser el caso, la remita a las autoridades competentes, organismos de control y/o a otras instituciones o personas jurídicas,					
HOJA 1/2		segurosequinoccial.com		1800 Ecuaprimas	V2

Cuando pienses en seguros piensa en
ecuaprimas®

**DESCARGA
AHORA**



**ecuaprimas
CONNECT**





Programa de Vida y Asistencia Médica

Vigencia 01/10/2024 – 30/09/2025

nuestra esencia es
humana

ecuaprimas



CONOCE A AL EQUIPO QUE ESTARÁ JUNTO A TI EN TODO MOMENTO



Sughey León Zambrano
EJECUTIVA DE SEGUROS DE PERSONAS
sugheyleon@ecuaprimas.com
(099) 8443978

Funciones Principales

- Consultas de tu póliza de Asistencia Médica
- Asesoría de Centros Médicos
- Autorización para exámenes



Anggie Aveiga Hinostroza
EJECUTIVO DE SINIESTROS/ EMERGENCIAS
anggieaveiga@ecuaprimas.com
(099) 5342570

Funciones Principales

- Atenciones de Emergencia 24/7
- Cirugías programadas.

Ecuaprimas cuenta con profesionales capacitados en brindar un acompañamiento profesional orientado a altos niveles de servicios.

ecuaprimas



COBERTURAS DE ASISTENCIA MÉDICA



COBERTURAS AMBULATORIAS

ecuaprimas

Límite Máximo por Incapacidad	\$20,000.00
Deducible Anual por cada persona del grupo familiar	\$250
Enfermedades Pre Existentes – Congénitas	Se cubren como cualquier incapacidad, aplicando deducible y copago. Siempre y cuando haya superado el periodo de carencia.
Valor tope de Consulta Médica	Guayaquil: \$81,25 Resto del País: \$65
Nivel	Metrohumana
Cobertura ambulatoria en cuadro direccionado (RED CAM) a nivel nacional. Los exámenes que prescriba dicha red (Laboratorio, Imagen RX Básicos, y Terapias)	Medilink - Metrored 90% Otros Prestadores 80% Sin aplicación de deducible
Cobertura ambulatoria en cuadro direccionado (RED CAM) a nivel nacional. Los exámenes que prescriba dicha red (Imagen Compleja y Procedimientos)	80% Con aplicación de deducible
Cobertura fuera de la red	80%



CONCEPTOS IMPORTANTES:

Ambulatoria: Cualquier gasto que se genera, mientras no estas ingresado en un hospital. Ejemplo: gastos de medicinas, exámenes, imágenes entre otros.

CENTROS MÉDICOS

ecuaprimas

CENTROS MÉDICOS PREFERENCIALES:

Metrored
Centros Médicos



 **Fee de Consulta:**
Especialidades Básicas: \$5
Otras Especialidades: \$8

veris
Hacemos fácil cuidarte



COPAGO:
\$20


medi+global

BIODIMED.
Medicina Integral
con resultados confiables!

MEDIGROUP
Centro Médico



COPAGO:
\$10




1. Escoger el centro médico de tu preferencia.



2. Agendar la cita médica



3. Asistir 20 minutos antes de tu consulta



4. Cancelar en caja el valor del copago \$10

COBERTURA PARA EXAMENES EN CENTROS DE LA RED CAM

- La Orden puede ser de cualquier medico afiliado o no.
- La orden debe tener datos completos del paciente, diagnóstico, firma y sellos del médico.
- Se debe gestionar con mínimo 24h de anticipación la autorización para exámenes ambulatorios con los prestadores en convenio.
- Humana emite la autorización detallando el valor del copago que asume el afiliado 30% y el valor del deducible en exámenes de alta complejidad.

CONSULTA CON MÉDICOS AFILIADOS



1

2

3

nuestra esencia es
humana

ecuaprimas

Ingresar a la **Portal de Humana**

<https://red.humana.med.ec/RedHumana>

Ingresar a **Red de Prestadores**

A screenshot of the Red de Prestadores website. The header features the logo "8 humana" with "Red de Prestadores" above it. Below the header is a navigation bar with links: Inicio, Planes, Medihumana, Humana Contigo, Red Prestadores (which is highlighted in green), Quiénes somos, Mi Humana, and Comprar Plan.

Filtrar la **Ciudad** que necesitas, elige la especialidad:

A screenshot of a filtering interface. It shows three dropdown menus: "Guayaquil", "Consulta Medica", and "Pediatría". Each menu has a blue arrow pointing down to its right.

A screenshot of a provider profile card. It features icons for a stethoscope and a doctor. The name "TORRES ORDOÑEZ PIEDAD GUADALUPE" is listed, along with the product "Practihumana". It includes the address "Cdra. Kennedy Norte. Av. Alejandro Andrade y - Juan Rolando, Torre 2, Tercer piso oficina 315", the type of attention "Ambulatorio", and the location "Guayaquil". A "Ver más..." button is at the bottom right. A hand cursor icon is positioned over the "Ver más..." button.

Red Preferida
Practihumana – Valor de Consulta: \$15

BENEFICIO MEDICINAS

ecuaprimas



Te acercarás
a la farmacia
con la receta
y cédula de
identidad



Cancela el valor del
copago:
Vademécum A: 10%
Vademécum B: 30%



En caso de que algún
medicamento no conste
en el vademécum, podrá
ser gestionado vía
reembolso acorde a las
condiciones del contrato.



Vigencia de receta
para acceder al
crédito **5 días**
desde la fecha de
la atención

IMPORTANTE:



Para medicación continua, se entregará la dosis para el primer mes:

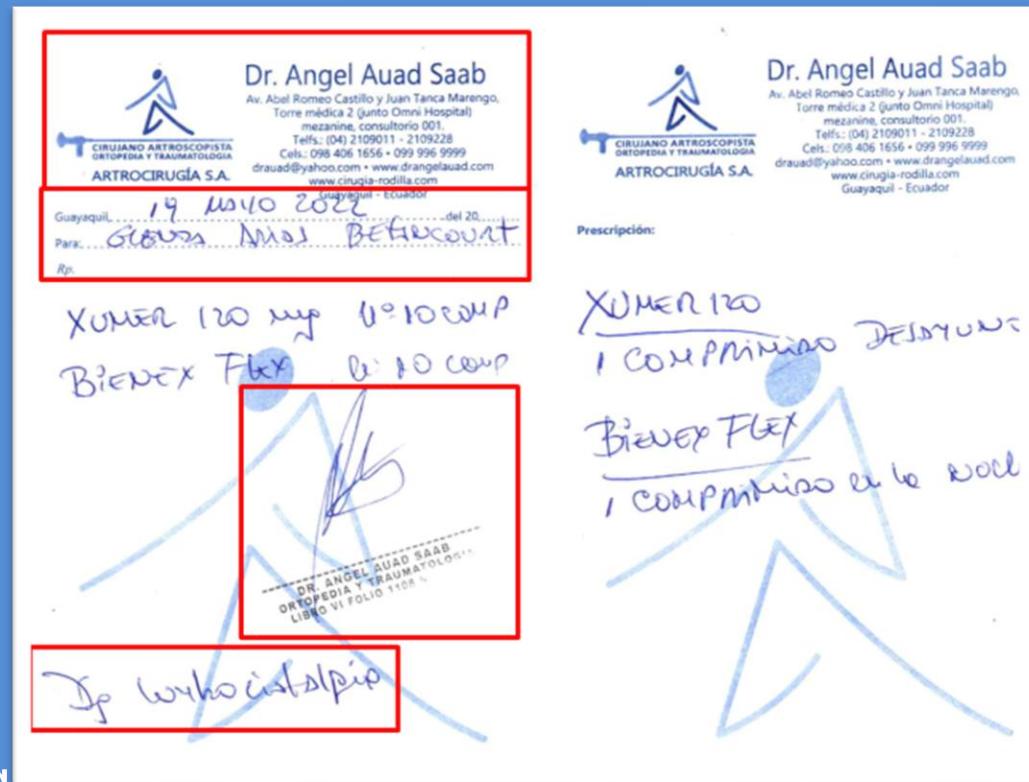
1.- Una vez entregada la primera dosificación, **entregamos copia de la receta, colocando la cantidad entregada pendiente, fecha de despacho y firma del responsable.**



#00



2.- Este proceso se repite hasta completar la cantidad ordenada por el medico (máximo hasta 6 meses)



COBERTURAS HOSPITALARIAS

ecuaprimas

Límite Máximo por Incapacidad	\$20,000.00
Cobertura dentro de la red	80%
Cobertura fuera de la red	80%
Crédito hospitalario	100%
Nivel	Metrohumana
Cuarto y alimento diario al 100%	Hasta \$ 150
Terapia Intensiva	De acuerdo al % hospitalario

CONCEPTOS IMPORTANTES:



Hospitalario: Exige estar ingresado en un centro hospitalario, es decir que permanezca más de 24 horas en una clínica.

Coaseguro: El porcentaje con que el asegurado coopera dentro de un gasto hospitalario.

GUAYAQUIL



HOSPITAL CLÍNICA
PANAMERICANA

 GRUPO HOSPITALARIO
KENNEDY
ALBORADA

 **CLÍNICA
UNIÓN**
JUNTOS POR TU SALUD

 **HOSPITAL
LUIS VERNAZA**
JUNTA DE BENEFICENCIA DE GUAYAQUIL


MILENIUM
CLINICA


**CLINICA
ALBORADA C.A.**


clínica guayaquil
ganando corazones


**Hospital Clínica
San Francisco**


**CLINICA
SANTA MARÍA**

QUITO




HOSPITAL VOZANDES QUITO
"A la gloria de Dios y al servicio del Ecuador"


**AXXIS
HOSPITAL**
DE ESPECIALIDADES


**CLÍNICA
AMÉRICANA
ADVENTISTA**


**Clínicas
ATLAS**


**Hospital
Metropolitano**

MANTA




CLINGAVI S.A.
ESPECIALIDADES MEDICAS


Clínica del Sol

Somos una opción en medicina

IDEALES PARA:

- Atenciones de Emergencia por Accidente
- Hospitalizaciones.





¿Y SI TENGO UNA
EMERGENCIA
POR ACCIDENTE?



EMERGENCIA POR ACCIDENTE

ecuaprimas

Emergencia por Accidente: Beneficio aplicable a un evento violento, súbito, fortuito, imprevisto, causado por un agente externo y que NO esté relacionado a una ENFERMEDAD.

Cobertura del 100% **dentro de las 24 horas del accidente, hasta \$ 1.500**; Valores adicionales se financiarán con el tipo de atención ambulatoria y condiciones de cobertura.

En caso de tener un accidente de tránsito en el Ecuador, se aplicará primero el seguro del SPPAT hasta los \$3.000, si los gastos superan este monto el excedente cubrirá el seguro privado de acuerdo al contrato.



Ante una emergencia llamar a Ecuaprimas

0995342570
Anggie Aveiga Hinostroza

COBERTURA DE AMBULANCIA

ecuaprimas



Ambulancia Terrestre	AI 100%, no aplica deducible, vía reembolso hasta \$400.
Ambulancia Aérea	\$3.500, no aplica deducible
Médico a domicilio	\$10

Médico a Domicilio: Realiza una evaluación telefónica inicial. El médico asiste a su domicilio, lo médica y estabiliza.

Llamando al 1800 HUMANA (486262)

IMPORTANTE:

En caso de alguna emergencia en donde este en riesgo la vida del paciente, llamar al 911 o a la ambulancia de los Bomberos.

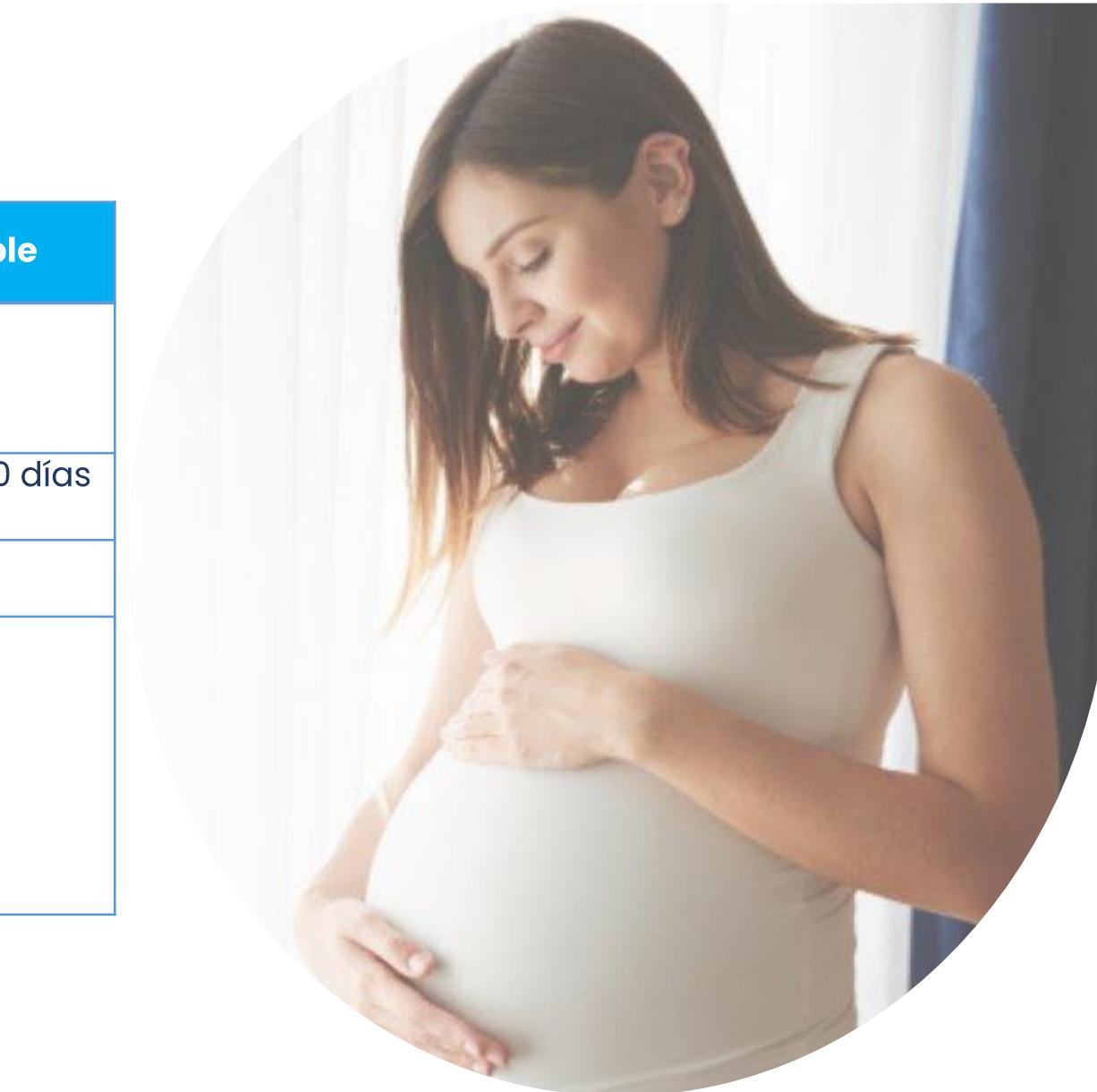


COBERTURA DE MATERNIDAD

ecuaprimas

Monto de Cobertura	Al 100 % sin Deducible
Parto Normal, Cesárea o Aborto no provocado, complicaciones durante el embarazo, chequeos prenatales.	\$1.500
Tiempo de notificación del embarazo	durante los primeros 90 días de gestación
Periodo de carencia	60 días

Cobertura del recién nacido de una maternidad cubierta, como cualquier incapacidad desde el 1er día



COBERTURA CONTROL NIÑO SANO

ecuaprimas

- Aplica hasta el tope de consulta al 100% en modalidad cerrada o abierta sin aplicación de deducible.
- Cobertura Vacunas: (bajo el esquema del Ministerio de Salud Pública) hasta \$60 por dosis al 80% sin aplicación de deducible hasta los 5 años de edad.
- Cobertura leche medicada bajo prescripción médica, para niños hasta los 5 años, 11 meses y 29 días, al 80% con deducible hasta: \$600

Cobertura	Frecuencia	Edad
1 consulta	Mensual	Hasta 12 meses
1 consulta	Trimestral	Hasta 36 meses
1 consulta	Semestral	Hasta 60 meses



CIRUGÍAS PROGRAMADAS

ecuaprimas

- Es importante que, si la hospitalización es programada, se debe coordinar con Ecuaprimas el presupuesto de gastos y honorarios médicos mínimo con **72 horas de anticipación** previo al ingreso en la clínica u hospital.
- Se deberá adjuntar el formulario de Pre autorización de Cirugías con los soportes médicos (informes de ecografías, exámenes de laboratorio)
- El crédito hospitalario es al 100%; el valor de deducible, copago y gastos no cubiertos serán cobrados mediante nota de cobranza que llegará a la empresa, para que el afiliado/a cancele dentro del mes.
- Los documentos deben ser enviados a anggieaveiga@ecuaprimas.com

Nuestra esencia es humana | Solicitud de Preautorización hospitalaria | Número de Trámite: _____

Esta solicitud debe ser presentada a HUMANA S.A. con mínimo 5 días hábiles antes de la cirugía programada y debe ser llenada con todos los datos completos. HUMANA S.A. responderá su requerimiento en 2 días hábiles.

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Empresa Contratante: _____
Seleccione el Contrato al que desea aplicar este crédito: Corporativo Individual Empresarial Renacer Proteger
Titular: _____ Cédula: _____ Teléfono móvil: _____
Teléfono Doméstico: _____ (Apellidos y nombres) Ciudad: _____ E-mail: _____
Paciente: _____ (Apellidos y nombres) Cédula: _____ Edad: _____ Parentesco: _____

2. ANTECEDENTES MÉDICOS QUIRÚRGICOS (A ser llenados por el Médico Tratante)

HOSPITAL-CLÍNICA DE ATENCIÓN: _____ Fecha tentativa de Ingreso: Día ____ Mes ____ Año ____
TIPO DE ATENCIÓN: Ambulatorio Hospital del día Hospitalario TIPO DE ANESTESIA: Local Ráquidea/Epidural General
Nombre del Médico Tratante: _____ Especialidad: _____ Teléfono: _____
RUC: _____ ¿Usted mantiene convenio con HUMANA? Si No ¿Es del Staff del Hospital/Clínica? Si No
Nombre del Paciente: _____ Edad: _____ Género: _____
Diagnóstico definitivo:

CIE 10	_____
CIE 10	_____
CIE 10	_____

La condición actual del Paciente se debe a: Enfermedad Accidente Embarazo Fecha FUM: Día ____ Mes ____ Año ____
Fecha de inicio de los primeros síntomas: Día ____ Mes ____ Año ____ Fecha del diagnóstico primera vez: Día ____ Mes ____ Año ____
APP (Antecedentes Patológicos Personales): _____
APQ (Antecedentes Previos Quirúrgicos): _____
Hallazgos de Laboratorio, Imagen e Interconsultas más relevantes: _____
DETALLE DE PROCEDIMIENTO(S) A REALIZAR:
Código CPT: _____ USD _____
Código CPT: _____ USD _____
Código CPT: _____ USD _____
En caso de requerir Ayudante, favor indicar el nombre del Médico Ayudante: _____ USD _____
Como Médico certifico que todos los antecedentes indicados son verdaderos y que proporcionaré los respaldos médicos, tanto de exámenes complementarios, de apoyo diagnóstico, así como la copia completa de la Historia Clínica del paciente, si fueran requeridos por parte de HUMANA S.A.
3. AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE / TITULAR
Por medio de la presente, ratifico y certifico que las declaraciones aquí rendidas son verídicas y reales. Asimismo, ratifico mi autorización sobre la entrega de información médica y de salud que se requiere para la tramitación de esta solicitud por parte de HUMANA S.A. y autorizo a todos los Profesionales e Instituciones Sanitarias y de Diagnóstico que me prestaron atención médica (o a mi representado) a proporcionar la total información sanitaria, historia clínica integral, documentos relacionados, copias exactas de sus archivos, resultados de exámenes de laboratorio, imágenes, etc. Estoy consciente de que, en caso de que se compruebe falsedad o reticencia en la información suministrada, perderé mis beneficios sobre esta solicitud, sin lugar a reclamación posterior.

_____	_____
-------	-------

FIRMA DEL PACIENTE (MAYOR DE 18 AÑOS)
NOTA: Si el paciente es menor de edad, debe firmar el Titular como Representante Legal del menor.

FIRMA DEL TITULAR
Fecha: Día ____ Mes ____ Año ____

4. DOCUMENTOS OBLIGATORIOS PARA EL TRÁMITE DE ESTA SOLICITUD DE PREAUTORIZACIÓN

Resultados e Informes de exámenes de laboratorio, imágenes, con relación al procedimiento programado
 Placas de imágenes realizadas al paciente: Rayos X, Tomografías, Resonancias Magnéticas, etc.
 Historia clínica completa en el Formato 002 del MSP (o su equivalente)

El contratante podrá solicitar a la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros la verificación de este texto.
La Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros para efectos de control asignó al presente documento el registro N° 53320 con oficio N° SCVS-IRQ-DRS-2021-00007978-0, de 01 de marzo de 2021.

HUM-PRE-HOS-V2
humana.med.ec
1800 HUMANA (48 62 62)

PROCESO DE REEMBOLSO

ecuaprimas

Documentos para presentar Reembolsos:

1. Consultas.-

- Formulario de Reembolsos debidamente llenado y firmado por el asegurado y por el médico tratante.
- Factura de consulta con nombre de paciente, sello, firma del Dr. y el diagnóstico.

2. Medicina.-

- Formulario de Reembolsos debidamente llenado y firmado por el asegurado y por el médico tratante.
- Receta original con: nombre del paciente, sello, firma del Dr. y el diagnóstico.
- Factura impresa (no comprobante electrónico).

3. Exámenes laboratorio / imágenes.-

- Formulario de Reembolsos debidamente llenado y firmado por el asegurado y por el médico tratante.
- Orden original con: nombre del paciente, sello, firma del Dr. y el diagnóstico.
- Factura impresa (no comprobante electrónico) con detalle de valores de exámenes.
- Originales o copias de los resultados de los exámenes

4. Procedimientos / cirugías.-

- Formulario de Reembolsos debidamente llenado y firmado por el asegurado y por el médico tratante.
- Historia clínica completa o nota de evolución.
- Facturas impresas de todos los soportes de la cirugía.
- Originales o copias de los resultados de los exámenes.

IMPORTANTE:

Periodo de presentación de reclamos: **90 días desde su emisión.**



nuestra esencia es
humana

Solicitud de Reembolso
de atención médica

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN		
Empresa Contratante: _____		
Selecciona el Contrato al que desea aplicar este reembolso: <input type="checkbox"/> Corporativo <input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Empresarial <input type="checkbox"/> Renacer <input type="checkbox"/> Proteger		
Titular: _____	(Apellidos y nombres)	Cédula: _____ Teléfono móvil: _____
Teléfono Doméstico: _____	Cludad: _____	E-mail: _____
Paciente: _____	(Apellidos y nombres)	Cédula: _____ Edad: _____ Parentesco: _____
2. ANTECEDENTES MÉDICOS QUIRÚRGICOS (A ser llenados por el Médico tratante)		
Nombre del médico: _____	Especialidad: _____	RUC: _____
Nombre del Paciente: _____	Edad: _____	Género: _____ Fecha de atención: _____
Diagnóstico definitivo: <input type="checkbox"/> CIE 10 <input type="checkbox"/> CIE 10 <input type="checkbox"/> CIE 10		
La condición actual del Paciente se debe a: Enfermedad: <input type="checkbox"/>	Accidente: <input type="checkbox"/>	Embarazo: <input type="checkbox"/>
Fecha RUM: Día _____ Mes _____ Año _____		
Fecha de Inicio de los primeros síntomas: Día _____ Mes _____ Año _____	Fecha del diagnóstico primera vez: Día _____ Mes _____ Año _____	
2.1. EN CASO DE CIRUGÍA: Describa los procedimientos médicos completos y los antecedentes quirúrgicos previos.		
2.2. INTERCONSULTAS: ¿Ordenó Interconsulta con otros Profesionales Médicos? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Especialidad: _____		
Como Médico certifico que todos los antecedentes indicados son verdaderos y que proporciono los respaldos médicos, tanto de exámenes complementarios, de apoyo diagnóstico, así como la copia completa de la Historia Clínica del paciente, si fueran requeridos por parte de HUMANA S.A.		
FIRMA Y SELLO DEL MEDICO		Fecha: _____
Día _____ Mes _____ Año _____		
3. AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE / TITULAR		
Por medio de la presente, ratifico y certifico que las declaraciones aquí rendidas son verídicas y reales. Asimismo, ratifico mi autorización sobre la entrega de información médica y de salud que se requiere para la tramitación de esta solicitud por parte de HUMANA S.A. y autorizo a todos los Profesionales e Instituciones Sanitarias y de Diagnóstico que me prestaron atención médica (o a mi representado) a proporcionar toda la información sanitaria, historia clínica integral, documentos relacionados, copias exactas de sus archivos, resultados de exámenes de laboratorio, imágenes, etc. Estoy consciente de que, en caso de que se compruebe falsedad o reticencia en la información suministrada, perderé mis beneficios sobre esta solicitud, sin lugar a reclamación posterior.		
FIRMA DEL PACIENTE (MAYOR DE 18 AÑOS) NOTA: Si el paciente es menor de edad, debe firmar el Titular como Representante Legal del menor.	FIRMA DEL TITULAR	Fecha: Día _____ Mes _____ Año _____
4. REQUISITOS PARA REEMBOLSOS		
1. Solicitud de Reembolso de Atención Médica debidamente llenada, sellada y firmada por el Médico tratante, Titular y Paciente.		
2. Facturas físicas originales y/o facturas electrónicas (RIDE) por cada atención médica: consulta, honorarios médicos, medicinas, exámenes, laboratorio, imagen, terapias, procedimientos, etc.		
3. Pedidos, resultados e informes de: exámenes de laboratorio, imágenes, terapias, etc.		
4. Recetas de medicinas que incluya: nombre del medicamento, cantidad, dosis, frecuencia y tiempo de tratamiento.		
5. Factura de la clínica o el hospital con desglose de todos los servicios brindados.		
6. Historia clínica completa: anamnesis, examen físico, emergencia, notas de evolución, protocolo operatorio, registro de anestesia, epícrisis.		
7. En caso de emergencias o urgencias: Formulario 008 emitido por el Hospital o Clínica.		
8. En caso de violencia o delitos: Denuncia ante la autoridad competente		
9. En caso de accidente de tránsito: Liquidación del SPAT y parte policial		
10. En caso de coordinación de beneficios: Liquidación original del primer financiador y todos los documentos que respaldaron el pago de esa liquidación.		
11. En caso de gastos en el exterior, adicional a los documentos antes detallados, adjuntar comprobante de pago (voucher, estado de cuenta de tarjeta de crédito o estado de cuenta bancaria).		
Atención Ambulatoria	Hospitalización / Hospital del Día	

El contratante podrá solicitar a la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros la verificación de este texto. La Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros para efectos de control asignó al presente documento el registro N° 53321 con oficio N° SCVS-IRQ-DRS-2021-00007980-0, de 01 de marzo de 2021.

HUM-REE-ATM-V2

humanamed.ec

1800 HUMANA (48 62 62)

PROCESO DE REEMBOLSO

ecuaprimas

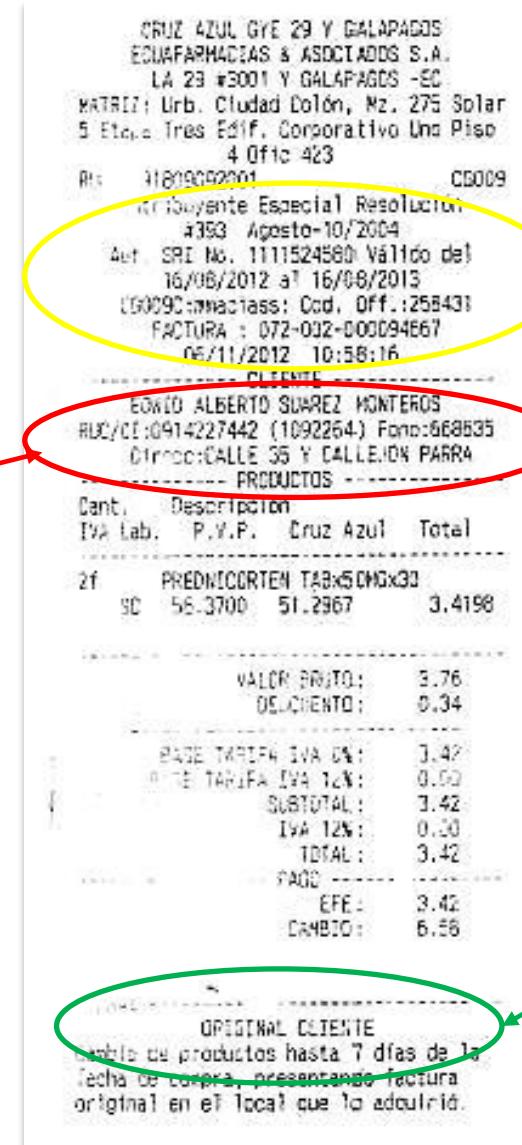
DATOS DE LA FACTURA:

Nombre y Número de Cédula del titular

No se aceptan facturas como "CONSUMIDOR FINAL"



SEGUROS
de PERSONAS
ecuaprimas



Revisar que la factura este vigente y tenga autorización del SRI

Siempre facturas originales, solo se aceptan copias de facturas en casos de coordinación de beneficios



BENEFICIOS ADICIONALES



PLAN DENTAL HUMANA

ecuaprimas

Cobertura única y exclusivamente para el colaborador, dentro de la red de prestadores de Humana:

RED CERRADA	COBERTURA	COPAGO	TOPES/ LÍMITES	CARENCIAS
PRESTACIONES BÁSICAS				
	Examen clínico y diagnóstico	0%	Sin límite	No aplica
	Rayos-X (Periapicales/Panorámica)	0%	Sin límite	No aplica
	Profilaxis (limpieza bucal)	0%	Sin límite	No aplica
	Consulta con un especialista	0%	Sin límite	No aplica
	Emergencia dental preautorizada en modalidad cerrada	0%	\$50	24 horas
RESTAURACIONES				
HUMANA	Restauración simple, compuesta y compleja de resina. (Incluye lesiones cervicales)	30%	Sin límite	30 días
CIRUGÍAS				
	Extracciones Simples	30%	Sin límite	60 días

<https://red.humana.med.ec/RedHumana>

BENEFICIOS ADICIONALES

ecuaprimas

Ligadura o Vasectomía

Para titular y dependientes cónyuges al 100% hasta US\$1.500

Audífonos

Medicamente necesarios para titulares y dependientes, una vez al año contrato aplica copago y deducible hasta \$400

Mamografía

Incluye consulta médica, una vez al año, para titulares y dependientes mayores de 40 años al 100% hasta \$60

Zapatos y Plantillas ortopédicas

Medicamente justificados al 100% sin deducible, máximo 1 par al año para menores de 12 años hasta: \$40

Ayuda Visual

Para titulares una vez al año contrato, al 100% sin aplicación de deducible hasta \$80

Antígeno Prostático

Incluye consulta médica, una vez al año, para titulares y dependientes mayores de 40 años al 100% hasta \$60

Terapias

Cobertura de terapias por diagnóstico (lenguaje, físicas, respiratorias, cardíacas, neurológicas y cognitivas) medicamente necesarias de acuerdo a pertinencia médica, como cualquier incapacidad Hasta 30 terapias hasta \$25 cada sesión.

Pap Test

Incluye consulta, una vez al año, para titulares y dependientes al 100% hasta \$60



SEGURO DE VIDA

SEGUROS
EQUINOCCIAL



SEGUROS EQUINOCCIAL VIDA

ecuaprimas

La póliza del seguro de vida tiene cobertura **única y exclusivamente para el colaborador**, de acuerdo a las siguientes especificaciones:

COBERTURAS SEGURO DE VIDA	MONTO ASEGURADO
Muerte por cualquier causa	
Muerte y/o Desmembración Accidental	\$150,000
Incapacidad Total y Permanente	
Beneficio Anticipado por Enfermedad Terminal	\$75,000

- En el punto N.1 Detallar el nombre de la empresa, y número de póliza.
- Respecto a los puntos N° 3, 4 y 6 no deben llenarlos ya que no son campos obligatorios.
- En relación al punto N° 5 de los beneficiarios, se podrán detallar hasta familiares de segundo grado de consanguinidad. En caso de dejar a 2 o 3 familiares, la sumatoria no deberá superar el 100% de los mismos.

Ejemplo 1:

5. BENEFICIARIOS	Edad	Parentesco	%	Correo electrónico	Teléfono
JUAN MATEO LEÓN LEÓN	25	HERMANO	50%	JUANLEON@GMAIL.COM	091234567

Ejemplo 2:

5. BENEFICIARIOS	Edad	Parentesco	%	Correo electrónico	Teléfono
JUAN MATEO LEÓN LEÓN	25	HERMANO	50%	JUANLEON@GMAIL.COM	091234567
MARIA JOSE LEÓN GARCIA	55	MADRE	50%	MARIAJ@GMAIL.COM	091234567

SEGUROS EQUINOCCIAL		TARJETA DE ENROLAMIENTO	SEGURO DE VIDA COLECTIVA
		NÚMERO DE PÓLIZA:	
Apellidos: _____		Nombres: _____	
Cédula: _____	Pasaporte: _____ N° _____	Fecha de Nacimiento: _____ / _____ / _____	
Sexo: M _____ F _____	Estado Civil Actual: Soltero _____ Casado _____ Viudo _____ Divorciado _____ Unión de Hecho _____		
Correo electrónico: _____		Teléfonos: Celular: _____ Convencional: _____	
3. INFORMACIÓN FINANCIERA			
Información financiera: Ingresos _____	Egresos _____	Activos _____	Passivos _____
4. ACTIVIDAD ECONÓMICA / OCUPACIÓN DELITITULAR			
Su ocupación: Empleado Público _____	Empleado Privado _____	Independiente _____	Ama de casa/Estudiante _____
Jubilado/Pensionista _____	Remesas del exterior _____		
¿Se considera una persona expuesta políticamente (PEP)? Sí _____ No _____			
Persona Políticamente Expuesta es quien desempeña o ha desempeñado funciones públicas destacadas en el país o en el exterior; o tenga hasta el segundo grado de consanguinidad, primero de afinidad o que sea colaborador cercano de una persona políticamente expuesta. Se considera PEP hasta después de un año de haber cesado en sus funciones.			
Parentesco: _____		Cargo que desempeña: _____	
5. BENEFICIARIOS			
Apellido _____	Nombre _____	Cédula/Pasaporte _____	Sexo (F/M) _____
_____	_____	_____	Fecha Nacimiento (dd/mm/aaaa) _____
6. ESCRIBA LOS NOMBRES DE: DEPENDIENTES Y ADICIONALES. (HIJOS SOLTEROS SOLO HASTA 25 AÑOS)			
Apellido _____	Nombre _____	Cédula/Pasaporte _____	Sexo (F/M) _____
_____	_____	_____	Fecha Nacimiento (dd/mm/aaaa) _____
DECLARACIONES			
Declaro expresa e irrevocablemente que los datos consignados en el presente formulario son correctos y fidiegños. Asimismo, declaro que los fondos entregados a Seguros Equinoccial S.A. (en adelante, la "Aseguradora"), con los cuales se pagaría la prima correspondiente a este contrato de seguros tienen origen lícito permitido por las leyes del Ecuador y no están ligados con actividades de: Narcotráfico, Lavado de Activos, Financiamiento del Terrorismo u otros delitos. Además, declaro conocer y aceptar que es mi obligación actualizar, comunicar y documentar cualquier cambio en la información consignada, durante la vigencia de la relación con la Aseguradora.			
AUTORIZACIONES			
Autorizo a la Aseguradora para que proceda con la comprobación de esta declaración. Para el efecto, la Aseguradora podrá efectuar todas las indagaciones necesarias, por los medios legales que considere convenientes. Doy mi consentimiento libre, específico, informado, inequívoco y explícito, para que la Aseguradora trate: (i) la información consignada en el presente formulario y/o (ii) la que proporcione por cualquier otro medio a la Aseguradora y/o (iii) aquella información que la Aseguradora acceda -directa o indirectamente- por medio de fuentes accesibles al público. Por lo tanto, la Aseguradora está autorizada a tratar los datos personales consignados para: capturarlo, recopilarlo, procesarlo, operarlo, verificarlo, transmitirlo, almacenarlo o usarlo para el correcto cumplimiento de la relación entre el Asegurado y la Aseguradora. De igual forma, autorizo a la Aseguradora para que, de ser el caso, la remita a las autoridades competentes, organismos de control y/o a otras instituciones o personas jurídicas,			
HOJA 1/2		segurosequinoccial.com	1800 Ecuaprimas
			V2

Cuando pienses en seguros piensa en
ecuaprimas®

**DESCARGA
AHORA**



**ecuaprimas
CONNECT**

