



**Pontificia Universidad
Católica del Ecuador**

Conoce el nuevo paquete de Seguros 2025

Con el respaldo de:



Metropolitana
CIA. DE SEGUROS Y REASEGUROS S.A.

Vida y Asistencia Médica

Información importante:

Los afiliados antiguos, mantienen continuidad de cobertura según su declaración de salud al momento del ingreso

Todos los nuevos empleados, reingresos y/o ingresos tardíos:

- Aplican periodo de carencia de 90 días, para atenciones programadas y/o enfermedades preexistentes.
- Cualquier enfermedad preexistente no declarada, **carece de cobertura**
- Durante el periodo de carencia, el colaborador y sus dependientes activos, mantienen cobertura para enfermedades infecciosas, virales y accidentes.
- Los gastos que se generen por atenciones durante el periodo de carencia deberán ser tramitados bajo reembolso, con aplicación de copago y deducible.

Cobertura Vida

Principales Coberturas	Monto
Muerte por cualquier causa	\$25.000
Incapacidad Total y Permanente	\$25.000

VIDA:

Al 100% hasta los 70 años 364 días,
al 75% hasta 85 cumplidos

AIG Metropolitana

Vigencia 01/01/2025 al 31/12/2025

Coberturas	Monto Máximo
Monto máximo para cualquier enfermedad	\$160.000
Monto máximo para cáncer	\$10.000
Deducible ambulatorio 1 vez al año	\$150 c/persona
Deducible por cada evento hospitalario	\$150 c/persona
Cobertura ambulatoria y hospitalaria dentro de la Red AIG Metropolitana	80% *con crédito
Cobertura ambulatoria y hospitalaria a libre elección, Hospital Metropolitano y Clínica Pasteur	60% (con deducible)
Emergencia o urgencia ambulatoria por enfermedad	60% (con deducible)
Emergencia o urgencia ambulatoria por accidente	Hasta \$700 al 100%
Medicinas dentro de Vademécum con copago en Pharmacy`s, INTELMEDE y Cruz Azul	20%* bajo crédito
Cobertura para maternidad y sus complicaciones	\$3.000 (incluye todo gasto relacionado al embarazo)
Cobertura pap test (por control ginecológico, sin diagnóstico), incluye consulta y examen	Hasta \$70 año póliza
Cobertura de mamografía y antígeno prostático (por control mayor de 40 años, sin diagnóstico), incluye consulta y examen	Hasta \$70 año póliza

AIG Metropolitana

Coberturas	Monto Máximo
Cobertura de exímer láser a partir de las 5,5 dioptrías combinado por los dos ojos, una vez durante la vigencia de la póliza, sin aplicación de deducible al 100%	Hasta \$600 por cada ojo
Cobertura para compra de muletas y/o alquiler de sillas de ruedas justificados bajo diagnóstico médico, con aplicación de deducible	Hasta \$500 al 80%
Cobertura para tratamiento de queratocono con origen de refracción visual, una vez durante la vigencia de la póliza, con aplicación de deducible y coaseguro de acuerdo a cada red	Hasta \$20.000
Cobertura de extracción de terceros molares impactadas o incrustadas (previa presentación de RX panorámica) y la cobertura aplica únicamente para el proceso de extracción, sin aplicación de deducible al 100%	Hasta \$120 por c/molar
Cobertura de plantillas y zapatos ortopédicas justificados con diagnóstico médico, máximo 2 pares durante la vigencia de la póliza, sin aplicación de deducible al 100%	Hasta \$50 año póliza
Cobertura de medias elásticas, justificados bajo diagnóstico médico, sin aplicación de deducible al 100%	hasta \$200 año póliza
Cobertura de tratamientos psicológicos (Max. 12 consultas al año únicamente en HOSPITAL SAN BARTOLO, METRORED, MEDILINK y AVANMED), vía reembolso sin aplicación de deducible, al 100%, hasta:	\$25 cada consulta
Cobertura de gastos por traslado en ambulancia (riesgo vital), al 100%	Hasta \$250 por evento (no aplica traslados o uso por transporte).
Cobertura de cristales ópticos vs diagnóstico una vez durante la vigencia de la póliza, para titulares y dependientes (beneficio no coordinable bajo la misma póliza y no se cubre chequeos masivos), sin aplicación de deducible al 100%	Hasta \$40 año póliza
Cobertura de audífonos una vez durante la vigencia de la póliza, para titulares y dependientes (beneficio no coordinable bajo la misma póliza), sin aplicación de deducible al 100%	Hasta \$300 año póliza
Beneficio control niño sano de 0 a 60 meses (incluye consulta y vacunas) esquema del MSP (Máximo \$65)	Al 80%
Servicio Exequial integral con prestador Jardines del Valle (02255 - 0290 / 1800-CGIRON(244766))	Servicio Integral / No reembolso

Operatividad para aplicar al beneficio de copago en RED AIG Metropolitana

Atención Ambulatoria

Atenciones médicas dentro de la RED AIG Metropolitana el afiliado cancela \$10

Otros servicios el afiliado cancela el 20% copago en:

1. Laboratorio*
2. Imagen*
3. Terapias*
4. Medicinas**

*Beneficio de copago aplica cuando **el pedido tiene detallado:**

- **Nombre del paciente**
- **Fecha de emisión**
- **Diagnóstico definitivo**
- **Descripción de la medicación, forma de toma y cantidad**
- **Descripción del examen, lugar y tipo de realización**
- **Firma y sello del médico**

El pedido tiene validez 14 días a partir de emitido y aplica para compra de medicinas o realización de exámenes, sea emitido por un médico de la red o médicos a libre elección.

Nota: En caso de gastos fuera de la RED AIG Metropolitana, emergencias ambulatorias y/o tratamientos sin aplicación de copago, el afiliado deberá tramitarlos vía reembolso, para análisis de cobertura, con aplicación de 40% de copago y deducible.

Centros Red Ambulatoria con copago al 20%

- ✓ AVANTMED
- ✓ AXXIS AMBULATORIO CENTRO MÉDICO
- ✓ MEDISUR BY AXXIS
- ✓ MEDILINK
- ✓ HOSPITAL VOZANDES
- ✓ CLÍNICA ADVENTISTA
- ✓ HOSPITAL ALIANZA
- ✓ CLÍNICA HARVARD
- ✓ BIODIMED - BIODILAB
- ✓ CLÍNICA DE ESPECIALIDADES SAN RAFAEL
- ✓ CLÍNICA DE ESPECIALIDADES DEL SUR
- ✓ CLINICA SANTA LUCIA
- ✓ ECUAMERICAN
- ✓ HOSPITAL PADRE CAROLO
- ✓ HOSPITAL SAN BARTOLO
- ✓ **METRORED**
- ✓ SIME USFQ
- ✓ **VERIS y PARA MI con copagos diferenciados**
- ✓ **NOVACLÍNICA DEL VALLE**
- ✓ LIFE & HOPE (Centro de tratamiento oncológico, hematológico y reumatológico)

Atención Hospitalaria

Afiliado aplica a beneficio de crédito hospitalario:

1. Cuando ingresa a hospitalización por emergencia
2. En una hospitalización programada*, con previa gestión de autorización de crédito.

Nota: Emergencia ambulatoria sin hospitalización, se tramita por reembolso, y su cobertura es como un gasto a libre elección.

*Hospitalización programada, afiliado debe tramitarlo con THB Cidescol 5 días antes del ingreso.

Afiliado PUCE aplica al beneficio de crédito hospitalario, después de 60 días de recibida la atención, THB CIDESCOL envía el detalle de cobertura en donde se notifica % de copago + \$150 deducible evento hospitalario + \$xxx gastos no cubiertos, que deberá asumir y cancelar de forma directa e inmediata a la aseguradora.

Nota: En caso de gastos fuera de la RED AIG Metropolitana, emergencias ambulatorias y/o tratamientos sin aplicación de crédito, el afiliado deberá tramitarlos vía reembolso, para análisis de cobertura, con aplicación de 40% de copago y deducible.

Red Hospitalaria con cobertura al 80%

Hospital Padre Carollo
Clínica INFES
Centro Traumatológico Ortopédico TOACLINICA
Clínica de la Mujer
Clínica Internacional
Clínica Arthros
Hospital Vozandes Quito
Novaclínica S.A (Santa Cecilia)
Clínica de Especialidades del Sur
Clínica Santa Lucia
Hospital Alianza
AXXIS Hospital
Hospital de Especialidades San Bartolo
Life & Hope Speciality Care S.A. * Oncología
Hospital de los Valles
Clínica de Especialidades Tumbaco
Clínica de Emergencias San Francisco
Clínica Hospital San Rafael
Novaclínica del Valle

Trámite de Pre Autorización de Crédito Hospitalario



DEVOLVER CONFIRMACION AL
FAX No. _____

SOLICITUD DE PRE-AUTORIZACIÓN Y CONFIRMACIÓN DE BENEFICIO

ESTUDIOS ESPECIALIZADOS, CIRUGÍAS Y HOSPITALIZACIONES ELECTIVAS

CONFIRMACION SERA DEVUELTA EN UN PERIODO DE 48 HORAS

FAVOR COMPLETAR FORMULARIO EN LETRA IMPRENTA LEGIBLE

Nombre completo: _____ No. de cédula / Certificado: _____

Lugar de Trabajo: _____ No. Póliza _____

Teléfono: Oficina _____ Residencial _____

Nombre del Paciente: _____ No. de cédula / Certificado: _____

Parentesco: _____ Edad: _____ Género: F M

Autorizo a todos los doctores o cualquier otra persona que me hayan examinado y a todos los hospitales o cualquier otra institución para que suministre información adjuntando copias completas de la historia clínica de sus archivos.

Firma Asegurado: _____ Fecha/ Ciudad: _____

SECCIÓN PARA SER COMPLETADA POR MÉDICO TRATANTE Y/U HOSPITAL

Diagnóstico de Padecimiento Actual: _____ Código de Diagnóstico ICD-10: _____ Fecha de Primeros Síntomas: _____

Breve Historia de Condición del Paciente: _____ Resultados de Laboratorios u Otros Exámenes Efectuados: (Adjuntar con solicitud) _____

Procedimientos, Estudios o Tratamientos a Afectuarse: Código CPT/Nombre _____

HONORARIOS MÉDICOS: Ambulatorios: Hospitalización: Efectiva: si no Nombre de Hospital o Clínica: _____
Días de Reclusión _____ Fecha Sugerida de Ingreso: _____
dd mm aaaa

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO TRATANTE _____ FIRMA Y SELLO DEL HOSPITAL _____
Fecha: _____ Fecha: _____

Trámite de solicitud crédito hospitalario:

Para procesar la preautorización de crédito hospitalario, el afiliado debe enviar escaneados:

- ✓ Formulario de preautorización
- ✓ Resultado e informe de exámenes
- ✓ Historia clínica / informe médico detallando antecedentes, tratamiento actual completo
- ✓ Presupuesto del procedimiento (cirugías nasales, procedimientos con implantes y/o prótesis)

a los siguientes correos:

cguerrero@thbcidescol.com

nblanco@thbcidescol.com

asanchez@thbcidescol.com

Proceso de Reembolso Gastos Médicos

Todos los gastos que se tramiten bajo reembolso ingresan a revisión y análisis de cobertura como gastos de libre elección al 60%, con aplicación de deducible.

Para procesarlo el afiliado debe enviar correctamente escaneados todos los documentos en 1 solo archivo PDF, a través de:

reembolsopuce@thbcidescol.com

Reembolsos ambulatorios:

1. Formulario de reembolso o alcance, completamente llenado por el médico tratante y afiliado
2. Facturas electrónicas de citas médicas (Detalle costo unitario, en caso de varias atenciones)
3. Pedido de medicinas + factura con detalle unitario
4. Pedido de exámenes + factura con detalle unitario + resultados
5. Pedido de terapias + factura con detalle unitario las fechas de atención + informe de la realización

Reembolsos por Emergencia Médica u Hospitalización:

1. Documentos de reembolso ambulatorio
2. Copia hoja de atención emergencia/008
3. Copia de historia clínica completa (hospitalización)
4. Protocolo operatorio y hoja de anestesia (en caso de cirugía)

*En caso de procedimientos especiales, debe adjuntar un informe médico con detalle del procedimiento, códigos y costo de honorarios médicos.

****Periodo de presentación de documentos, 80 días a partir de la fecha de la atención.**

Nota: Copagos, No aplican cobertura vía reembolso

Formulario de Reembolso



RAMO: SEGURO COLECTIVO DE ASISTENCIA MÉDICA
PARA USO DE LA COMPAÑÍA
RECLAMO No.:

FORMULARIO DE RECLAMACIÓN DEL SEGURO COLECTIVO DE ASISTENCIA MÉDICA

PARA EVITAR DEMORAS EN EL PROCESO DE SU RECLAMO CONTESTE CADA PREGUNTA DETALLADAMENTE
DECLARACIÓN DEL BENEFICIARIO / RECLAMANTE

SECCIÓN A: A ser completada por el BENEFICIARIO. SECCIÓN B: A ser completada por el MÉDICO TRATANTE. SECCIÓN C: A ser completada por el CONTRATANTE.
Favor adjuntar facturas originales, recetas médicas, pedidos y demás documentación que respalde la reclamación.

SECCIÓN A: INFORMACIÓN SOBRE EL ASEGURADO

Nombre completo del asegurado: _____ Compañía: _____ No. de póliza y certificado: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Nombre del reclamante (paciente): _____ Fecha de nacimiento: dd/mm/aaaa _____ Edad: _____ Género: F M Relación con el asegurado: _____

El reclamo se hace a causa de: Describa la enfermedad o accidente: ¿Dónde y cómo ocurrió?

ENFERMEDAD
 ACCIDENTE

Fecha de primeros síntomas/¿Cuándo ocurrió el accidente?: dd/mm/aaaa _____

¿Estuvo hospitalizado por esta lesión? No Sí En caso afirmativo, indique:

Nombre del Hospital: _____ Fecha de ingreso: dd/mm/aaaa _____

Cuánto tiempo estuvo o estará el paciente, incapacitado para efectuar todas y cada una de sus labores:

Totamente incapacitado: Desde: _____ Hasta: _____

Parcialmente incapacitado: Desde: _____ Hasta: _____

Detalle de la Cuenta:

Consulta: _____ Medicina: _____ Laboratorios: _____

Rayos X: _____ Otros: _____ TOTAL: _____

INFORMACIÓN DEL BENEFICIARIO

DECLARACIÓN DE ORIGEN Y DESTINO DE FONDOS

Conocedor (s) de las penas de perjuicio, declaro bajo juramento que el origen de los valores que serán cancelados a AIG-Metropolitana Cia. de Seguros y Reaseguros S.A., Sucursal Ecuador, en caso de emitir la póliza, son y provienen de actividades lícitas. Conocedor (s) de las disposiciones de la Ley de Prevención, Detección y Erradicación del Delito de Lavado de Activos y Financiamiento de Delitos, autorizo expresamente a la Compañía, para que obtenga cualquier fuente de información, incluido la Central de Riesgos, mis referencias e información personal sobre mi comportamiento de mis obligaciones, activos, pasivos y datos personales. De igual forma, la Compañía queda expresamente autorizada, para que pueda utilizar, transferir o entregar dicha información a autoridades competentes, organismos de control y/o a otras instituciones o personas jurídicas, legales o reglamentariamente facultadas.

Indique las reclamaciones presentadas e indemnizaciones recibidas de cualquier aseguradora en los últimos años, que superen los \$10.000 dolares:

Nombre del beneficiario: _____

Aseguradora: _____ Monto Indemnizado: _____

Tipo de seguro: _____ Fecha: dd/mm/aaaa _____

En virtud de la Ley Orgánica de Protección de Datos Personales vigente desde 26 de mayo de 2021, autorizo a AIG Metropolitana CIA. de Seguros y Reaseguros S.A. a utilizar, tratar, transferir y almacenar mi información personal proporcionada o cualquier información que sea de conocimiento público conforme a la ley, con el objetivo de contactarme, por medio de llamado telefónico, mensaje de texto vía telefónica, correo electrónico, correo directo u otro medio o fin de: formalizar e instrumentar los avisos de siniestro recibidos durante la relación comercial; así como, con fines estadísticos y para efectuar estudios de perfil del cliente. Esta autorización de tratamiento y conservación de datos personales se mantendrá vigente hasta el fin de la relación contractual entre las partes y, posterior a ello por cinco (5) años más.
Consentimiento explícito: Doy mi consentimiento explícito a AIG Metropolitana Cia. de Seguros y Reaseguros S.A. a transferir los datos a terceros, dentro y fuera del país, incluyendo proveedores con la finalidad antes indicada.

ACEPTO

Firma Asegurado: _____ Cédula: _____

Fecha/Ciudad: _____

Sección B:
Médico completa
datos del paciente y
necesidad de atención

Sección A:
Colaborador completa
datos del paciente y
necesidad de atención

Sección C:
Colaborador completa
datos del titular

SECCIÓN B PARA SER COMPLETADO POR EL MÉDICO O PROVEEDOR DE LA RED PREFERENCIAL

Código de Diagnóstico: _____ Descripción de Diagnóstico: _____ ¿Cuándo inicio la causa básica de esta condición?:

dd/mm/aaaa _____

¿Se trata de embarazo? Sí No Fecha de inicio: dd/mm/aaaa _____

¿Ha recibido el paciente previamente algún tratamiento por esta condición? En caso afirmativo favor indicar detalles:

Favor brindar detalle del CUADRO CLÍNICO Y HALLAZGOS FÍSICOS que apoyen el diagnóstico arriba indicado:

Favor indique los exámenes de LABORATORIO, RAYOS X o MEDICAMENTOS que se necesitan:

Favor detallar tratamiento u operación:

¿Se presentó alguna complicación? Sí No En caso afirmativo, describa ésta: _____

EN CASO DE ACCIDENTE:

¿Cuánto tiempo estuvo o estará el paciente continúa y completamente incapacitado para efectuar todas y cada una de sus labores?

Desde: _____ Hasta: _____

¿Cuánto tiempo estuvo o estará el paciente parcialmente incapacitado para efectuar todas y cada una de sus labores?

Desde: _____ Hasta: _____

LUGAR DE ATENCIÓN (Marque)

Consultorio Médico: Sala de Urgencias: Hogar del paciente: Paciente Hospitalizado:

Certifico que las respuestas anteriores son correctas y verdaderas y que corresponden a los servicios que he prestado a este paciente.

Firma del Médico o Proveedor y Cédula: _____ Sello del Médico, Clínica u Hospital: _____

Nombre del Médico o Proveedor: _____ Número de Registro Médico: _____

Dirección: _____ Fecha: dd/mm/aaaa _____ Teléfono: _____

SECCIÓN C: PARA SER COMPLETADO POR EL SOLICITANTE Y/O CONTRATANTE

Ciudad y fecha _____ Firma del Solicitante y/o contratante _____ Cargo _____

dd/mm/aaaa _____

AUTORIZACIÓN PARA PAGO DE REEMBOLSO POR TRANSFERENCIA BANCARIA

_____ con C.I.: _____ autorizo a AIG Metropolitana Cia de Seguros y Reaseguros S.A. realizar la transferencia

Cuenta Corriente# _____ Cuenta Ahorros # _____ Banco _____

correo electrónico _____ No. Celular: _____

Firma del Titular

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 formulario el número de registro 59003,
con oficio No SCV5-IRCVSQ-DRS-2024-00062118-O de 05 de julio 2024.

Nota: El formulario de reembolso se presenta por cada nuevo diagnóstico o por actualización de receta médica en casos de medicación continua, cada 6 meses



Formulario de Alcance

FORMULARIO DE ALCANCE DE REEMBOLSO POR ATENCIÓN MEDICA

Ciudad: _____ Número de Documento: _____

Solicitud de reembolso: Ambulatorio Hospitalario Fecha: dd mm aaaa _____

Número de póliza: _____ Broker: _____

DATOS GENERALES

Empresa: _____

Nombre y Apellido del Titular: _____

CI: _____

Nombre y Apellido del Paciente: _____

Parentesco: _____ Edad: _____

Dirección de domicilio: _____

Telf. de domicilio: _____ Telf. celular: _____ Email: _____

Diagnóstico: _____ Fecha de Ocurrencia del Siniestro: dd mm aaaa _____

Alcance de liquidación No.: _____

Colaborador completa datos en relación a gastos anteriores

AUTORIZACIÓN PARA PAGO DE REEMBOLSO POR TRANSFERENCIA BANCARIA

Yo, _____ con C.I.: _____ autorizo a AIG Metropolitana Cia de Seguros y Reaseguros S.A. realizar la transferencia a la Cuenta Corriente# _____ Cuenta Ahorros # _____ Banco _____ correo electrónico _____ No. Celular: _____

Firma del Titular

DETALLE FACTURAS PRESENTADAS

EMISOR	FACTURA No.	VALOR	EMISOR	FACTURA No.	VALOR
TOTAL		\$ 0,00	TOTAL		\$ 0,00

Colaborador completa detalle de documentos / gastos presentados

En virtud de la Ley Orgánica de Protección de Datos Personales vigente desde 26 de mayo de 2021, autorizo a AIG Metropolitana Cia. de Seguros y Reaseguros S.A. a utilizar, tratar, transferir y almacenar mi información personal proporcionada o cualquier información que sea de conocimiento público conforme a la ley, con el objetivo de contactarme, por medio de llamado telefónico, mensaje de texto vía telefónica, correo electrónico, correo directo u otro medio a fin de: formalizar e instrumentar los avisos de siniestro recibidos durante la relación comercial; así como, con fines estadísticos y para efectuar estudios de perfil del cliente. Esta autorización de tratamiento y conservación de datos personales se mantendrá vigente hasta el fin de la relación contractual entre las partes y, posterior a ello por cinco (5) años más.

Consentimiento explícito: Doy mi consentimiento explícito a AIG Metropolitana Cia. de Seguros y Reaseguros S.A. a transferir los datos a terceros, dentro y fuera del país, incluyendo proveedores con la finalidad antes indicada.

ACEPTO

Firma del Titular

CI: _____

Nota: El formulario de alcance se presenta por cada gasto de medicación o tratamiento continuo (durante 3 meses)



**Pontificia Universidad
Católica del Ecuador**

Con el respaldo de:

humana

Póliza Oncológica

Seguro Humana: Cobertura Oncológica

Vigencia 01/01/2025 al 31/12/2025

Cobertura	Monto
Cobertura ilimitada	Al 90%
Deducible año póliza (*Coordinables con Póliza de Asistencia Médica)	\$10,000*
Crédito para compra de medicinas (No aplica gastos para reembolso)	Vantive y Wellcome, Pharmadelivery
Ambulancia terrestre	Hasta \$250
Prótesis, Implante Endovascular e Implantes no Dentales, por beneficiario hasta (no incluye prótesis de titanio, ni aparatos ortopédicos)	Al 50%
Cuidados paliativos y/o de largo plazo domiciliarios o no domiciliarios, como cualquier incapacidad	Hasta \$1,000 al 90%
Periodo de presentación de reembolsos	80 Días

✓ Todos los créditos ambulatorio y hospitalario aplican garantía al momento del alta

HUMANA - Red de Prestadores en Quito

Red Ambulatoria

- ✓ METRORED
- ✓ MEDILINK
- ✓ VERIS
- ✓ SIME USFQ
- ✓ LIFE & HOPE
- ✓ NOVACLINICA DEL VALLE
- ✓ GENESISMED
- ✓ NARET
- ✓ CLÍNICA DE LA MUJER / BENESSERE

Red Hospitalaria

- ✓ CLÍNICA DE LA MUJER / BENESSERE
- ✓ HOSPITAL VOZANDES
- ✓ CLINICA INTEGRAL (GRUPO HEALTH)
- ✓ HOSPITAL DE LOS VALLES
- ✓ NOVACLÍNICA SANTA CECILIA
- ✓ SOLCA
- ✓ HOSPITAL METROPOLITANO
- ✓ CLINICA PASTEUR

*Todos los créditos ambulatorio y hospitalario aplican garantía al momento del alta

HUMANA - Pre Autorización de Crédito Hospitalario

nuestra esencia es **humana** | Solicitud de Preautorización hospitalaria | Número de Tránsito: _____

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 Protegido
Titular: _____ (Apellidos y nombres) Cédula: _____ Teléfono: _____
Teléfono Domicilio: _____ 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 Raquídea/Epidural General
Nombre del Médico Tratante: _____ Especialidad: _____ Teléfono: _____
RUC: _____ ¿Usted mantiene convenio con HUMANA? Sí No ¿Es del Staff del Hospital/Clinica? Sí 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
_____	USD
_____	USD
_____	USD

En caso de requerir Ayudantía, 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.

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO: _____ Fecha: Día ____ Mes ____ Año ____

3. AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE / TITULAR

Por medio de la presente, ratifico y certifico que las declaraciones aquí rendidas son verdaderas 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. 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 realizados al paciente: Rayos X, Tomografías, Resonancias Magnéticas, etc.
 Historia clínica completa en el Formato 002 del MSP (o su equivalente)

Información Afiliado

Información Médica

Firma y sello médico

Firma afiliado

El proceso de preautorización demora de 4 a 5 días laborables, siempre que entregue:

- ✓ Formulario de preautorización
- ✓ Resultado e informes de exámenes
- ✓ Historia clínica o informe médico completo
- ✓ Presupuesto del procedimiento

Trámite a través de:

cguerrero@thbcidescol.com
nblanco@thbcidescol.com
asanchez@thbcidescol.com

*Todos los créditos ambulatorio y hospitalario aplican garantía al momento del alta.

HUMANA: Proceso de Reembolso Gastos Médicos

El proceso de trámite de reembolsos es digital, para esto el afiliado debe enviar correctamente escaneados todos los documentos en 1 solo archivo PDF, a través de: reembolsospuce@thbcidescol.com

Reembolsos ambulatorios:

1. Formulario de reembolso o alcance, completamente llenado por el médico tratante y afiliado
2. Facturas electrónicas de citas médicas (Detalle costo unitario, en caso de varias atenciones)
3. Pedido de exámenes + factura con detalle costo unitario + resultados

Reembolsos por Emergencia Médica u Hospitalización:

1. Documentos de reembolso ambulatorio
2. Copia hoja de atención emergencia/008
3. Copia de historia clínica completa (hospitalización)
4. Protocolo operatorio y hoja de anestesia (en caso de cirugía)

*En caso de procedimientos especiales, debe adjuntar un informe médico con detalle del procedimiento, códigos y costo de honorarios médicos.

****Periodo de presentación de documentos, 80 días a partir de la fecha de la atención.**

Nota: Copagos y medicinas, No aplican cobertura vía reembolso

HUMANA: Formulario de Reembolso y Alcance

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: Corporativo Individual Empresarial **Afiliado completa datos solicitados**

Titular: _____ Cédula: _____
 Teléfono Domicilio: _____ (Apellidos y nombres) Ciudad: _____ 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: _____ **Médico completa información**

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 ____

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 No Especialidad: _____

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.

Firma y sello médico

 FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO 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 retención en la información suministrada, perderé mis beneficios sobre esta solicitud, sin lugar a reclamación posterior.

Firma afiliado

 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

	Atención Ambulatoria	Hospitalización / Hospital del Día
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, epicrisis.	✓ Previa validación de Auditoría Médica	✓
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 SPPAT y parte policial	✓	✓

nuestra esencia es **humana** **Alcance a Solicitud de Reembolso**

Nº reembolso anterior

Alcance al tránsito número: _____

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Empresa Contratante: _____
 Selecciona el Contrato donde se aplicará este reembolso: Corporativo Individual Empresarial Renacer Proteger **Afiliado completa datos solicitados**

Titular: _____ Cédula: _____ Teléfono: _____
 Teléfono Domicilio: _____ (Apellidos y nombres) Ciudad: _____ E-mail: _____
 Paciente: _____ (Apellidos y nombres) Cédula: _____ Edad: _____

Diagnóstico definitivo: CIE 10 _____
 CIE 10 _____

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 retención en la información suministrada, perderé mis beneficios sobre esta solicitud, sin lugar a reclamación posterior.

Firma afiliado

 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 ____

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° 53356 con oficio N° SCVS-IRQ-DRS-2021-00007979-O, de 01 de marzo de 2021.

HUM-ALC-SRE-V2

humana.med.ec
 1800 HUMANA (48.62.62)



**Pontificia Universidad
Católica del Ecuador**

Con el respaldo de:



y



Plan de Descuentos Dentales

AIG Metropolitana:

- ✓ Red de proveedores a nivel nacional
- ✓ Tratamientos integrales, con especialistas
- ✓ Todos los procedimientos, tienen descuentos

Para coordinación de citas **1800 – 44 77 44**

*No aplica gastos vía reembolso

PROCEDIMIENTO	ESPECIALIDAD	COBERTURA
APLICACIÓN DE FLÚOR (MENORES DE 15 AÑOS)	ODONTOPEDIATRÍA	100%
CONSULTA CON CIRUGÍA	PREVENCIÓN	100%
CONSULTA CON ENDODONCIA	PREVENCIÓN	100%
CONSULTA CON IMPLANTOLOGÍA	PREVENCIÓN	100%
CONSULTA CON ODONTOPEDIATRÍA	PREVENCIÓN	100%
CONSULTA CON ORTODONCIA	PREVENCIÓN	100%
CONSULTA CON PERIODONCIA	PREVENCIÓN	100%
CONSULTA CON REHABILITACIÓN ORAL	PREVENCIÓN	100%
EXAMEN CLÍNICO Y DIAGNOSTICO	PREVENCIÓN	100%
EXTRACCIONES SIMPLES	CIRUGÍA	100%
FASE HIGIENIA (PROFLAXIS)	PREVENCIÓN	100%
REMOCIÓN CÁLCULOS SUPRAGINGIVALES X BOCA.	PERIODONCIA	100%
RESINA EN CARIES COMPLEJA	OPERATORIA	100%
RESINA EN CARIES COMPUESTA	OPERATORIA	100%
RESINA EN CARIES SIMPLE	OPERATORIA	100%
URGENCIAS Y ODONTALGIA	PREVENCIÓN	100%
RESINA EN TEMPORALES	ODONTOPEDIATRÍA	100%
RESINA EN DEFINITIVOS	ODONTOPEDIATRÍA	100%
EXTRACCIONES PEDIÁTRICAS CON ANESTESIA	ODONTOPEDIATRÍA	100%
EXTRACCIONES PEDIÁTRICAS	ODONTOPEDIATRÍA	100%



**Pontificia Universidad
Católica del Ecuador**

Con el respaldo de:



Metropolitana
CIA. DE SEGUROS Y REASEGUROS S.A.

Cobertura Accidentes Personales

Cobertura Accidentes Personales:

Beneficio exclusivo para colaboradores titulares, con seguro médico activo*

GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE

\$5.000

Qué es un accidente: Es todo evento fortuito, imprevisto, eventual o acción de la que resulta un daño involuntario como por ejemplo: golpe, corte, caída, fractura, herida, contusión, esguince, asalto, etc.

- La atención debe ser inmediata en un hospital o clínica de la red, para activar el beneficio de crédito hospitalario al 100% hasta el monto máximo.
- En el alta médica, el colaborador debe cancelar \$15 por deducible, más gastos no cubiertos (insumos desechables, kit de aseo personal, exceso de honorarios).
- Si el gasto es mayor a \$5.000, el afiliado debe cancelar y presentar los gastos para reembolso, dichos gastos serán ingresados a revisión y análisis de cobertura, con la póliza de asistencia médica, con cobertura al 60% y aplicación de deducible.
- Si el colaborador no hubiera aplicado al crédito hospitalario, hubiera utilizado un hospital fuera de la red o tuviera gastos posteriores a la atención por emergencia, deberá cancelar el 100% de todo y presentar para reembolso a través del correo

reembolsospuce@thbcidescol.com.

Nota: Beneficio de gastos médicos por accidente, solo aplica para accidentes de tránsito, **luego que se haya cubierto el monto de \$3.000 con el SPPAT.**

* Beneficio NO aplica para dependientes

Cobertura Accidentes Personales:

Beneficio exclusivo para colaboradores con seguro médico activo

RED HOSPITALARIA: Emergencias Accidentales.			
PROVEEDOR	Ciudad	Dirección	Teléfono
Novaclínica Santa Cecilia	Quito	Veintimilla 1394 Y 10 De Agosto	(02) 254-5505/ 2904502
Hospital Vozandes Quito	Quito	Calle Villalengua oe2-37 y 10 de agosto	(02) 3971000
AXXIS Hospital	Quito	Av. 10 de Agosto N39-155	(02) 398 0100
Novaclínica del Valle	Sangolquí	Riofrío S/N y Cotacachi Sector Sangolqui	(02) 208 2025
Clínica de la Mujer	Quito	Avs. Amazonas N39-216 y Gaspar de Villarroel	(02) 245-8000
Clínica Adventista	Quito	10 de Agosto N30-164 y Cuero y Caicedo	(02) 2566-388
Clínica INFES	Quito	Isla San Cristóbal 1531 / N44- 511	(02) 292 1477 / (02) 292 1357 – 59
Hospital de los Valles	Cumbayá	Km 12 1/2 Av. Interoceánica S/N y Av. Florencia	(02) 6000-900
Clínica de Especialidades Tumbaco	Tumbaco	Gaspar de Carvajal S1-177 y Gonzalo de Vera	(02) 237-2589
TOACLINICA	Quito	Ponciano Alto, Calle Moisés Luna Andrade OE2-38	(02)2473002
Clínica Pasteur	Quito	Av. Eloy Alfaro N29-248 e Italia	(02) 299 2400
Hospital de Especialidades San Bartolo	Quito	General Urdaneta S15 - 332 y Mira "San Bartolo"	1700 472 472
Clínica Internacional	Quito	Av. América 3282 y Atahualpa	(02) 2569432
Hospital Padre Carolo	Quito	Av. Rumichaca s33-10 y Matilde Alvarez	(02) 263 6065
Clínica Arthros	Quito	Pasaje Los ángeles E4- 257 y Alemania. Edificio DaVinci. 6to Piso	(02) 290 6411
Clínica de Especialidades del Sur	Quito	Av. Rodrigo de Chávez Oe2-115 y Pedro de Alfaro	(02) 2653688
Clínica de Emergencias San Francisco	Sangolquí	Guayaquil 359 y Atahualpa	(02) 2330645
Hospital San Rafael	Sangolquí	Av. General Enríquez e Isla Santiago Esq.	(02) 2864906
Hospital Metropolitano	Quito	Av. Mariana de Jesús y Occidental	(02)399 8000



**Pontificia Universidad
Católica del Ecuador**

Otras consultas:
asanchez@thbcidescol.com
cguerrero@thbcidescol.com
nblanco@thbcidescol.com



Atención Oficinas PUCE:

Lunes a Viernes de:
08h00 a 16h30

Emergencia Vital:

098 7799 834

098 716 1595

Consultas 24/7 **CALL CENTER:**

096 404 9049