



PLAN DE MEDICINA PREPAGADA

nuestra esencia es
humana

BENEFICIOS 1 DE DICIEMBRE 2023 – 31 DE DICIEMBRE 2024

ASISTENCIA MEDICA

Practihumana \$ 10,000 por diagnóstico, por persona

Deducible \$ 100 por persona por año contrato

Ambulatorio libre elección 70%

Tope Consulta: Quito y Resto del país USD. 50

Guayaquil USD. 65

Hospitalario Libre elección bajo reembolso al 70%, en red con crédito al 80%, en red direccionada al 90%

Tope cuarto y alimento \$ 180

Aplica carencia para enfermedades preexistentes, congénitas 90 días.

BENEFICIOS ADICIONALES



Para agendar solo debes contactar a los **siguientes prestadores:**



Conoce nuestro servicio de TELECONSULTA para medicina general, medicina interna y pediatría, estas consultas serán por vía telefónica.

- 1 Llama al 1800-HUMANA (48 62 62).
- 2 Agenda tu cita de acuerdo a horarios y días que te informará nuestro agente.
- 3 Un médico te llamará.
- 4 No pagues nada.
- 5 Recibe tus recetas digitalmente.
- 6 Vigencia de 24 horas.

Un servicio pensado en brindarte la mejor atención accediendo a estos beneficios.

VANGUARDIA
Asesores productores de seguros

Ambulancia por emergencia que ponga en riesgo la vida de la persona.
Comunicándose al teléfono (1800 HUMANA (48 62 62) Quito, Guayaquil y Cuenca hasta \$ 200.



Ambulancia

24 horas



Medico a Domicilio

Con una llamada telefónica usted podrá solicitar el servicio de atención médica a domicilio, cancelando un copago (no reembolsable) de \$10.

PROVEEDORES AMBULATORIOS

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

Centros de Atención Médica. FEE NO REEMBOLSABLE de \$ 5 a \$ 12 (no aplica Veris y Sime)



Red preferida Practihumana \$ 15

RED CAM Exámenes de Laboratorio, Imagen RX Básicos, Terapias, sin deducible.
Para Imagen Compleja y Procedimientos con deducible al 90%.

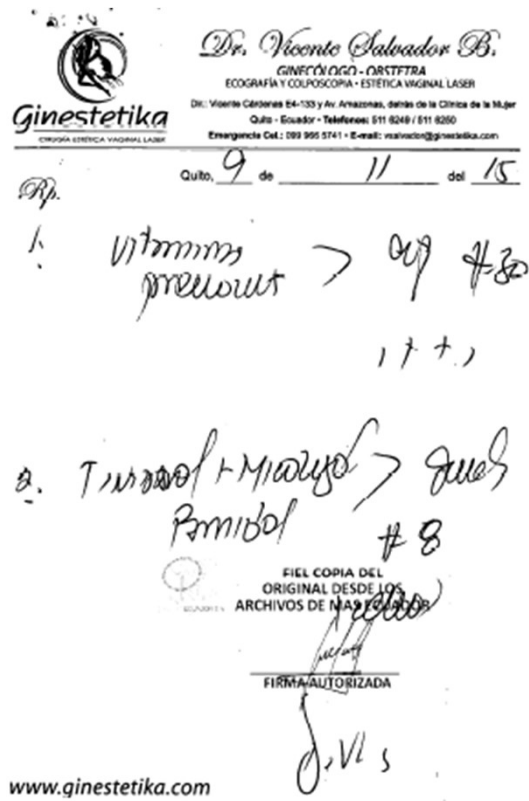
FARMACIAS 90% MEDICAMENTOS GENÉRICOS Y AL
70% MEDICAMENTOS DE MARCA.

80% MEDICINA CONTINUA DE MANEJO CRONICO.



Libre elección de farmacias a nivel nacional 80%

PAGA SOLO COPAGO EN MEDICINAS



- Presentar cédula.
- Presentar receta completa
- Nombres completos del paciente
- Diagnóstico(s) con código CIE.
- Detalle de medicamentos completo.
- Sello y firma del médico

COBERTURA HOSPITALARIA DIRECCIONADA

Quito: Clínica Tumbaco, Hospital San Bartolo, Clínica de Especialidades Del Sur, Clínica Emergencias San Francisco, Clínica María Auxiliadora, Clínica Moderna, Fundación Tierra Nueva (Padre Carollo), Hospital Vozandes, Clínica Integral, Clínica de la Mujer



Guayaquil: Clinica Aprove, Hospital Clínica San Francisco de Guayaquil, Clínica Alborada, Clínica Santa María, Panamericana, Politzer , Real Visión, Clinica Kennedy Alborada, Luis Vernaza

Aplica carencias de enfermedades preexistentes, congénitas 90 días.

EMERGENCIA ACCIDENTAL

100% hasta \$ 500

Tratamiento ambulatorio durante las primeras 48 horas y que no requiera cirugía o internación.

Para accidentes de tránsito se cubrirá después de aplicado el SPPAT.

CREDITO HOSPITALARIO AL 100%

Consulta los proveedores Metrohumana en cada provincia, para hospitalizaciones programadas, no olvides presentar el formulario de preautorización hospitalaria, con resultado de exámenes y copia de historia clínica, con 3 días laborales de anticipación a la internación.

Central de Autorizaciones las 24 horas del día, los 365 días del año.

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

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 firmada 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 Protéger
 Titular: _____ Cédula: _____ Teléfono móvil: _____
 Teléfono Domicilio: _____ Ciudad: _____ E-mail: _____
 Paciente: _____ (Apellido y nombre) 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 _____
 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 PROCEDIMIENTOS(A) A REALIZAR:

Código CPT	USD
Código CPT	USD
Código CPT	USD

En caso de requerir Ayudantía, 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. _____ Fecha: _____
 FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO

3. AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE / TITULAR

Por medio de la presente, ratifico y certifico que las declaraciones aquí realizadas 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 presten atención médica (o a mi representante) 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 DEL PACIENTE (MAYOR DE 18 AÑOS) _____ Fecha: _____
 FIRMA DEL TITULAR _____ Fecha: _____
 NOTA: Si el paciente es menor de edad, debe firmar el Titular como Representante Legal del menor.

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

Resultados e informes de exámenes de laboratorio, imágenes, con relación al procedimiento programado
 Fotos 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° 53329 con oficio N° SCV5-IHQ-025-2021-00007978-O, de 01 de marzo de 2021.

HUM PRE-HDS-V2
 humana.med.ec
 BOO HUMANA TAB 02 020

FORMULARIO DE REEMBOLSO

nuestra esencia es humana

Solicitud de Reembolso de atención médica

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Empresa Contratante: _____
 Selección del Contrato al que desea aplicar este reembolso: Corporativo Individual Empresarial Renacer Protoger

Titular: _____ Cédula: _____ Teléfono móvil: _____
 Apellidos y nombres

Teléfono Domicilio: _____ Ciudad: _____ E-mail: _____
 Apellidos y nombres

Paciente: _____ Edad: _____ Parentesco: _____
 Apellidos y nombres

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: CE 10 _____
 CE 10 _____
 CE 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 HUMANIA S.A.

Fecha: _____
 FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO

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 HUMANIA S.A. y autorizo a todos los Profesionales e Instituciones Sanitarias y de Diagnóstico que me prestaron atención médica (o a mi representante) 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 de la información suministrada, perderé mis beneficios sobre esta solicitud, sin lugar a reclamación posterior.

FIRMA DEL PACIENTE (MAYOR DE 18 AÑOS): _____
 FIRMA DEL TITULAR: _____
 Fecha: Día _____ Mes _____ Año _____

4. REQUISITOS PARA REEMBOLSOS

	Atención Ambulatorio	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 (PDF) por cada atención médica: consulta, honorarios médicos, medicinas, exámenes, laboratorio, imagen, terapia, anestesia, 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 SPVAT y parte policial.	✓	✓
10. En caso de coordinación de beneficios: Liquidación original del primer financiero y todos los documentos que respalden el pago de esa liquidación.	✓	✓
11. En caso de gasto 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 bancario).	✓	✓

Datos a llenar por Talento Humano con sello y firma de la empresa

Datos del titular y paciente

Datos a ser llenado por el médico tratante, con firma y sello

Firma del titular del contrato

Descárgalo aquí

PROCESO DE REEMBOLSO

Para presentar un reclamo se debe presentar lo siguiente:

- Formulario de reclamación debidamente lleno y firmado por el médico tratante y sellado por la empresa.
- Facturas originales de médicos, medicinas y exámenes de laboratorio.
- Factura de terapias con fecha de cada terapia y hoja de registro de asistencia a las terapias.
- Orden para medicinas, para terapias y pedido de exámenes.
- Copia de resultado de exámenes.
- Desglose de facturas con costos unitarios por procedimiento o por examen realizado.

NOTA:

- En caso de atenciones por emergencia solicitar a la clínica u hospital la hoja de emergencia y el desglose de la factura que se presenta para el reembolso.
 - Digitalizar todos los documentos y enviarlos por mail a reclamocorp@vanguardiaseguros.com.ec

TIPS IMPORTANTES

- Plazo máximo para presentar reembolsos es de 90 días desde la fecha de la 1ra. Factura, para reingreso de reclamos 45 días.
- Plazo para llenar y enviar la tarjeta de enrolamiento a la compañía son 30 días a partir de su contratación (en caso de ser un colaborador nuevo). Aplica carencia de 90 días.
- No se olvide de sus dependientes es muy importante su cobertura, tiene 30 días para ingresarlos al plan y que gocen de sus mismos beneficios, los 30 días se cuentan desde su fecha de contratación o fecha de adquisición respectivamente (matrimonio, nacimientos o cambio de estado civil) Aplica carencia de 90 días.
- Maternidad (parto normal, cesárea o aborto no provocado). Se cubrirá únicamente a la titular y a la cónyuge o conviviente legal, siempre y cuando se encuentre cancelando la tarifa correspondiente
- Se otorgará cobertura de maternidad para titulares siempre y cuando se cambie al inmediato superior de TS a T1 y de T1 a TF, máximo hasta los 120 días de iniciado el embarazo. Si no se realiza el cambio en este plazo, la maternidad no tendrá cobertura. En caso de presentarse un embarazo múltiple (incluso gemelar) el cambio de tarifa deberá realizarse a Titular más familia (TF).

LIMITE DE EDAD:

- Los beneficiarios tendrán la cobertura del plan contratado (máximo por incapacidad y porcentajes de restitución) hasta los 64 años 11 meses y 29 días.
- Los beneficiarios que superen los sesenta y cinco (65) años, un (1) día y que no tengan una continuidad de mínimo cinco (5) años en el mismo contrato de HUMANA tendrán el financiamiento al cincuenta por ciento (50%) del límite de cobertura del presente plan, manteniendo los porcentajes de cobertura sin afección. Cuando el beneficiario cumpla cinco (5) años de afiliación continua en el mismo contrato de HUMANA, tendrá la cobertura del límite máximo de cobertura anual de acuerdo con las condiciones contractuales.

TIPS IMPORTANTES

- Se extiende la cobertura para hijos solteros de 18 años hasta los 24 años, 11 meses y 29 días, si dependen económicamente de los padres (estudian a tiempo completo y no laboran).
- Los hijos de 18 años o mayores deben presentar al momento de solicitar un crédito hospitalario y/o una vez durante la vigencia del contrato por reembolso: la copia de la cédula de identidad, el último pago o certificado de estudios y el certificado de no aportación al IESS.

Movimientos de Inclusiones y Exclusiones.

Las inclusiones o exclusiones se realizarán durante la vigencia del contrato por los siguientes casos:

- Cambio de estado civil
- Inclusión de un recién nacido
- Inclusión de un titular que ingresa a laborar en la empresa
- Fallecimiento
- Terminación del contrato laboral.

ATENCION 24 HORAS PARA EMERGENCIAS



Nataly Calderón
Ejecutiva de Reclamos
reclamosc corp@vanguardiaseguros.com.ec
099 400 1823