

FORMULARIO 4.	RECL	AMACIC	N PARA	GASTOS	MEI	DICOS		
CON EL FIN DE EVITAR DEMORAS	EN EL PROC	ESO DE SU RECLA	MO, FAVOR CONTE	STAR DETALLADAN	MENTE TO	DAS LAS PREGI	INTAS DEL I	FORMULARIO
A PARA SER LLENADO	O POR E	L TITULAR I	DEL CONTRA	ATO				
1 Tipo de plan: TOTAL	ELEGIR	2						
2 No. de Contrato:			suario:					
3 Nombre de la empresa:					alor tot	al del reclar	no USD:	
•								
5 Correo Electrónico:								
B PARA SER LLENADO				••••••	••••••		• • • • • • • • • • • • • • • • • • • •	• • • • • • • • • • • • • • • • • • • •
						ocha do ato	nción:	
		Fecha de atención:						
		Especialidad del Médico:						
		Teléfono:						
La condición actual del pad	ciente se	debe a: ENFE	RMEDAD	EMBARAZO		ACCIDENTES		OTRAS
MOTIVO DE LA ATENCI								
	• • • • • • • • • • • • • • • • • • • •					• • • • • • • • • • • • • • • • • • • •		
	• • • • • • • • • • • • • • • • • • • •							
Tiempo de evolución:	-1 - 4 - 11 -							
EN CASO DE ACCIDENTE: (Lugar:		ocha:		:Cómo suo	rodió2			
DIAGNÓSTICOS PRESUNTI								
DIAGNOSTICOS PRESONTI		•	,					
CIRUGÍA O PROCEDIMIEN			• • • • • • • • • • • • • • • • • • • •	••••••	• • • • • • • • • •	• • • • • • • • • • • • • • • • • • • •	• • • • • • • • • • • • • • • • • • • •	• • • • • • • • • • • • • • • • • • • •
EN CASO DE MATERNIDAD			/FNSTRUACIÓ)N·				
ES ATENCIÓN MÉDICA DE								
			S VERÍDICA Y ESTÁ					
CERTIFICO QUE E	A INI OKMA	CION ANTERIOR E.	S VERIDICA I ESTA	DESCRITA EN EAT	IISTORIA	CLINICA DEL PA	CILITIL	
				<u></u>				
C PARA USO EXCLUSI	VO DE		MA Y SELLO DEL N					
						٠.		
Fecha afiliación Día Mes		Año		ra de preexiste	ncias?	Si: Monto	Saldo	No
Datos del contrato:				nteriores: Dg. Actual:				
			<u> </u>	ía médica				
			Aprobac	do:	_			
			Negado	:	Firma y Sello de auditor (a) médico			
Ecuasanitas pagará el reembols	o al titular d	del contrato. En ca	aso de delegar el c	obro a los benefic	riarios de	l contrato mave	ores de 18 a	ños deberá
llenar siempre la autorización re específico debidamente notaria escrito a la Compañia que el pr reembolso presentando la autor	espectiva, lit do y actual oder fue re	teral D y adjuntar izado a favor de la vocado). En los c	copias de cédula: a persona delegad asos de menores	s. Si delega el cob a (Será responsab	ro a otra ilidad de	persona deber I titular notifica	án present r inmediat	ar un poder amente por
D AUTORIZACIÓN PAI	RA DEP	ÓSITO EN C	UENTA BAN	CARIA				
Yo,					au	torizo la acr	editació	n del pago
en mi cuenta bancaria No				•				
POR ESTE MEDIO CERTIFICO INSTITUCIONES QUE ME PREST								

FORMULARIO DE RECLAMACIÓN PARA REEMBOLSOS

El usuario de Plan Total y Plan Elegir para el trámite de reembolso por gastos médicos incurridos deberá presentar hasta 90 días calendario desde la fecha de atención médica los documentos que se detallan como requisitos, los mismos que facilitarán la liquidación en el menor tiempo posible.

ECUASANITAS reconocerá únicamente las atenciones prestadas por los Médicos Titulados o especialistas registrados en el SENESCYT.

REQUISITOS INDISPENSABLES

Usted deberá llenar todos los campos del formulario de reclamación de Asistencia Médica en forma completa y legible. No se aceptarán formularios, facturas, recetas, pedidos u otros documentos con tachones, borrones, enmendaduras, rotos o en mal estado. Las facturas originales deberán cumplir con todos los requisitos del S.R.I. y en ellas constará el nombre del titular o del paciente. Las facturas por atenciones de menores de edad deberán ser emitidas a nombre del titular del contrato, con el detalle de la atención del paciente.

ECUASANITAS se reserva el derecho de auditoría de todos los documentos habilitados para el reembolso.

Todo el trámite que no cumpla con los requisitos exigidos por la Compañia, no será considerado para el pago.

El usuario deberá presentar de acuerdo al caso los documentos originales que se detallan a continuación:

Formulario original de reclamación de Asistencia Médica.

Facturas originales de consultas y hospitalarias (desglosadas por servicio).

Recetas a nombre del paciente, fecha de atención, nombre, firma y sello del médico e indicaciones de la medicina prescrita Pedido de exámenes y procedimientos, con nombre del paciente, fecha de atención, firma y sello del médico tratante. Resultados de exámenes e informes médicos.

Recetas completas con indicaciones en el caso de tratamientos continuos.

Recetas de Medicina Homeopática: serán reconocidas siempre y cuando el Médico Tratante acredite título de cuarto nivel, registrado en el SENESCYT y tengan registro sanitario.

Por Emergencia: La Hoja 008 de Emergencia y todos los documentos mencionados anteriormente.

En caso de Hospitalizaciones: Los documentos indicados en el párrafo anterior, incluyendo copias certi cadas de la Historia Clínica completa: hojas de evolución, anamnesis, examen físico, epicrisis, protocolo operatorio y hoja de anestesia en caso de cirugías, pedidos, copia de resultados todos los exámenes de laboratorio, de imagen, Rayos X, de histología y demás procedimientos realizados.

Por Accidentes Personales y de Tránsito: Los requisitos habilitantes son la Hoja de Emergencia 008, en caso de hospitalización los documentos anteriormente descritos, facturas originales con desgloses, copias claras y legibles de cédula del titular y paciente. En asaltos la denuncia policial. En accidentes de tránsito copia de la liquidación de gastos cubiertos por el SPPAT (Sistema Público para Pago de Accidentes de Tránsito) y los requisitos que Auditoría Médica requiera para sustentar el accidente.

Por Coordinación de Beneficios / Plan Elegir: Liquidación original, copias de toda documentación presentada a la otra Compañía, copias de facturas físicas y/o electrónicas, que deberán estar con el sello de el copia del original, copia de la cédula del titular y paciente. Debe presentar la documentación hasta 60 días después de entregada la liquidación.

Por Gastos Médicos en el Exterior / Plan Elegir: Formulario de Reclamación, Facturas originales de gastos médicos, pedidos con copia de resultados de exámenes realizados y todos los documentos de sustento indicados anteriormente. Traducción al español si el caso lo amerita. Copia del Pasaporte con la entrada y salida del país. Copia de la Cédula del Titular y/o Bene ciario.

Facturas Electrónicas: Presentar las facturas **impresas** para el trámite de reembolsos. No se aceptarán documentos sin valor tributario.

Fecha de presentación:	Recibido por:
Devuelto por: Liquidador	Médico Auditor
	CORREO LLAMADA

El Contratante y/o Beneficiario podrá solicitar a la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros la verificación de este texto.

NOTA: La Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros para efectos de control asignó al presente formulario el registro No. 59013; con Oficio No. SCVS-IRCVSQ-DRS-2025-00015145-O del 24 de febrero de 2025.

