FORMULARIO 4. RECLAMACIÓN PARA GASTOS MÉDICOS

N°

CON EL FIN DE EVITAR DEMORAS EN EL PROCESO DE SU RECLAMO, FAVOR CONTESTAR DETALLADAMENTE TODAS LAS PREGUNTAS DEL FORMULARIO

A.- PARA SER LLENADO POR EL TITULAR DEL CONTRATO

1.- Tipo de plan: **TOTAL** ☐ **ELEGIR** ☐

2.- No. de Contrato:.....Familia:.....Usuario:.....

3.- Nombre de la empresa:.....Ciudad:.....Valor total del reclamo USD:.....

4.- Nombres y Apellidos del Titular:.....C.I.:.....Telf.:.....

5.- Correo Electrónico: .....

B.- PARA SER LLENADO POR EL MÉDICO TRATANTE

Nombres y Apellidos del paciente:.....Fecha de atención:.....

Edad:.....Cédula de identidad:.....Género:.....

Nombre del Médico Tratante:.....Especialidad del Médico:.....

RUC.:.....Dirección consultorio:.....Ciudad:.....Teléfono:.....

La condición actual del paciente se debe a: ENFERMEDAD ☐ EMBARAZO ☐ ACCIDENTES ☐ OTRAS ☐

MOTIVO DE LA ATENCIÓN, SÍNTOMAS Y SIGNOS RELEVANTES:

.....

.....

Tiempo de evolución:

EN CASO DE ACCIDENTE: detalle

Lugar:..... Fecha:..... ¿Cómo sucedió?.....

DIAGNÓSTICOS PRESUNTIVOS O DEFINITIVOS (CIE-10):.....

.....

CIRUGÍA O PROCEDIMIENTO REALIZADO:

EN CASO DE MATERNIDAD FECHA DE ÚLTIMA MENSTRUACIÓN:.....

ES ATENCIÓN MÉDICA DE CORTESÍA Si..... ☐ ..... No ..... ☐ .....

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN ANTERIOR ES VERÍDICA Y ESTÁ DESCRITA EN LA HISTORIA CLÍNICA DEL PACIENTE

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO

C.- PARA USO EXCLUSIVO DE AUDITORÍA MÉDICA DE ECUASANITAS S.A.

Fecha afiliación	Día	Mes	Año
Datos del contrato:			

Cobertura de preexistencias?	Si: Monto ☐	Saldo ☐	No ☐
-Pree. Anteriores:			
-Pree. x Dg. Actual:			
Auditoría médica			
Aprobado:	☐		
Negado:	☐		Firma y Sello de auditor (a) médico

Ecuasanitas pagará el reembolso al titular del contrato. En caso de delegar el cobro a los beneficiarios del contrato mayores de 18 años, deberá llenar siempre la autorización respectiva, literal D y adjuntar copias de cédulas. Si delega el cobro a otra persona deberán presentar un poder específico debidamente notariado y actualizado a favor de la persona delegada (Será responsabilidad del titular notificar inmediatamente por escrito a la Compañía que el poder fue revocado). En los casos de menores de edad, los padres no titulares del contrato podrán cobrar el reembolso presentando la autorización del titular y copias de cédulas.

D.- AUTORIZACIÓN PARA DEPÓSITO EN CUENTA BANCARIA

Yo,..... Titular ☐ Afiliado ☐ del contrato No. ☐ autorizo la acreditación del pago en mi cuenta bancaria No..... Ahorros ☐ Corriente ☐ del Banco:.....

POR ESTE MEDIO CERTIFICO QUE LAS RESPUESTAS AQUÍ DADAS SON VERDADERAS. ADEMÁS AUTORIZO A LOS PROFESIONALES E INSTITUCIONES QUE ME PRESTARON ATENCIÓN MÉDICA, A PROPORCIONAR TODA LA INFORMACIÓN REQUERIDA POR ECUASANITAS S.A.

FIRMA DEL TITULAR

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 60 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 certicadas 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 fiel 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.....
.....
.....
Fecha de devolución:..... 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 60798; con oficio No SCVS-IRCVSQ-DRS-2026-00038843-O de 26 de febrero de 2026.