



ASERTEC

MOTRANSA

Instructivo de Asistencia Médica



Con el respaldo de:



Queremos estar contigo
en todo momento!



Ten al alcance de tus manos toda la información de tu póliza de Asistencia Médica y Gastos Médicos Mayores

Índice

1. Seguro de Asistencia Médica y Gastos Médicos Mayores	1
1.1 Atenciones Ambulatorias	3
1.2 Atenciones Hospitalarias	4
1.3 Cobertura en caso de Emergencia	5
1.4 ¿Cómo presentar un reembolso?	8
1.5 Beneficios Adicionales	9
1.6 Inclusión de dependientes	13
1.7 Límites de edad	13
1.8 Exclusiones Seguro de Asistencia Médica	14
2. Herramientas Tecnológicas	17

Seguro de Asistencia Médica y Gastos Médicos Mayores

RESUMEN DE COBERTURAS	MONTO
Coberturas Generales	
Límite máximo por incapacidad	\$ 200.000
Deducible por año contrato por afiliado	\$ 180
Límite de copago	\$ 5.000
Período de incapacidad	365 días
Período de presentación de reclamos	90 días
Coberturas Ambulatorias	
Copago por incapacidad ambulatoria	80%
Copago en centros médicos de convenio	\$4
Cobertura de medicinas	80%
Tope de consulta médica Quito	\$ 63,42
Tope de consulta médica Guayaquil	\$ 82,45
Tope de consulta médica resto del país	\$50,74

Coberturas Hospitalarias	
Copago por incapacidad hospitalaria	90%
Cuarto y alimento diario al 100%	\$ 220
Unidad de cuidados intensivos diarios	Según cobertura hospitalaria
Máximo de días por habitación	240 días
Cama de acompañante	\$ 60
Tabla de honorarios médicos	Metropolitano
Emergencia por Accidente	
Cobertura de emergencia por accidente al 100% sin deducible	\$ 1.000
Emergencia en el exterior al 100% con deducible de \$150 por viaje	\$ 30.000
Máximo de días por viaje	30 días
Coberturas Maternidad	
Cobertura de maternidad al 100% sin deducible	\$ 3.200
Período de carencia para el inicio de la maternidad	60 días

Cobertura para empleados nuevos

La cobertura empezará después de 90 días contados desde su ingreso a la póliza.

La cobertura aplica desde el primer día para:



Apendicitis



Accidentes



Enfermedades Infecciosas

ATENCIONES AMBULATORIAS



Consultas
Médicas



Exámenes
de Laboratorio
o imagen



Sesiones de
Fisioterapia



Compra de
Medicación

Cobertura a libre elección: Atenciones en proveedores que no tienen convenio con la aseguradora.

Debe presentar los gastos a reembolso y la aseguradora le devolverá el **80%** después de que haya cubierto su deducible del año póliza.

IMPORTANTE

Las consultas médicas se cubren hasta:

Tope de consulta médica en Quito	\$ 63,42
Tope de consulta médica en Guayaquil	\$ 82,45
Tope de consulta médica resto del país	\$ 50,74

Cobertura dentro de la red: Atenciones en los centros médicos ambulatorios que tienen convenio con la aseguradora.

Pasos para tener una atención ambulatoria dentro de la red

1. Buscar el proveedor al que desee acudir ingresando al portal:
<http://www.masecuador.com/proveedores-medicos-y-servicios/>
2. Llamar al proveedor y agendar su cita
3. Acudir puntualmente a la cita médica llevando su cédula y tarjeta del seguro
4. Paga \$4 que incluye:
 - Valor de la consulta médica
 - Exámenes básicos de laboratorio
 - Exámenes básicos de imagen
 - Fisioterapia dentro del prestador de la red

5. Si tiene que comprar medicación o exámenes más complejos deberá pagarlos por su cuenta, reunir los documentos necesarios y presentar los mismos a reembolso.

IMPORTANTE:

En oftalmología y dermatología no aplica la cobertura dentro de la red. Tiene que pagar el total de los valores y presentar los gastos a reembolso.

ATENCIONES HOSPITALARIAS



Hospitalizaciones por más 24 horas



Cirugías Programadas



Procedimientos quirúrgicos

Cobertura a libre elección: Hospitalizaciones en clínicas y hospitales que no tienen convenio con la aseguradora.

Debe presentar los gastos a reembolso y la aseguradora le devolverá el 90% después de que haya cubierto su deducible del año póliza.

Cobertura dentro de la red: Atenciones en clínicas y hospitales que tienen convenio con la aseguradora.

Pasos para tener una atención hospitalaria dentro de la red

1. Buscar el proveedor al que desee acudir ingresando al portal <http://www.masecuador.com/proveedores-medicos-y-servicios/>
2. Acudir a la clínica u hospital escogido llevando los documentos indispensables:
 - Cédula original
 - Tarjeta del seguro
 - Formulario de Reclamación original firmado y sellado por Recursos Humanos.

3. Se activa el crédito hospitalario al 100%: la clínica u hospital en convenio realiza su ingreso, le asigna una habitación, le realizan el procedimiento médico respectivo y al momento del alta de la hospitalización usted no tiene que pagar ningún valor.
4. Cuarente y cinco (45) días después de su hospitalización le llegará una nota de cobranza a través de Recursos Humanos con los rubros: Deducible (si no lo ha cubierto aun en el año), copago correspondiente y gastos no cubiertos.
5. El pago de la nota de cobranza lo coordina usted directamente con Recursos Humanos.

IMPORTANTE

El documento que habilita el crédito hospitalario es el Formulario de Reclamación original firmado y sellado por Recursos Humanos. No olvide llevarlo.

COBERTURA EN CASO DE EMERGENCIA

¿Cuándo es una Emergencia?

- Cuando tiene síntomas o lesiones que ponen en riesgo su vida por lo que requiere atención médica inmediata
- Aplica únicamente cuando acuda a una sala de emergencias de una clínica u hospital.
- No aplica para atenciones en centros médicos ambulatorios o consultorios médicos privados.

Urgencia por enfermedad

Los síntomas son provocados por una afectación que está teniendo internamente su organismo.



Convulsiones



Paro respiratorio



Fiebre alta continua



Deshidratación



Vomito o diarrea severas



Desmayos



Infarto al corazón



Estado de shock

Cobertura: Vía reembolso con aplicación de deducible y copago.

Emergencia por Accidente

Lesiones físicas causadas por factores externos, fortuitos y ajenos a la voluntad de la persona.



Golpes



Contusiones



Fracturas



Torcerduras



Cortaduras



Quemaduras

Cobertura: Al 100% sin deducible hasta \$1.000 siempre y cuando acuda a la sala de emergencias dentro de las primeras 48 horas desde que ocurrió el accidente

Accidentes de Tránsito

Lesiones físicas causadas por un automotor siendo conductor, copiloto o peatón.



Cobertura: Según lo establecido en la ley ecuatoriana aplica primero el seguro SPATT para cubrir las atenciones médicas hasta \$3.000. Una vez superado este monto podrá acceder a la cobertura del seguro médico privado.



IMPORTANTE:

- Si requiere hospitalización y la clínica u hospital es parte de la red, entregando los requisitos indispensables, se activa el crédito hospitalario y pasa a ser una atención hospitalaria.
- En emergencia por accidente: Si los gastos generados en la sala de emergencias superan los **\$1.000**, el excedente se cubre como cualquier incapacidad hasta **\$200.000** con aplicación de deducible y copago.

Médico a domicilio

Cobertura de médico a domicilio para emergencias básicas por enfermedad mediante el proveedor BMI.



CENTRAL OPERATIVA DE BMI

1800 264 264 (opción 3)

o al convencional 023 988006 (opción 1)

La visita es de un médico general al cual se le paga \$12 de copago, valor no reembolsable. Aplica únicamente en Quito y Guayaquil.

Ambulancia



Ambulancia terrestre en Quito y Guayaquil a través de BMI llamando al 1800 264 264 **opción 3** o al convencional 023 988006 **opción 1**, resto del país vía reembolso hasta \$100 por evento.

¿CÓMO PRESENTAR UN REEMBOLSO?

Debe presentar:

Formulario de Reclamación debidamente completado y firmado por el médico tratante y el titular

A este formulario debe adjuntar:



Consulta Médica

- Factura original del médico tratante



En caso de Emergencia

- Factura original desglosada
- Copia de la hoja de emergencia o historia clínica



Medicinas

- Factura original desglosada
- Copia de la receta médica



Fisioterapia

- Copia del pedido del médico
- Factura original desglosada
- Informe con fechas de asistencia



Exámenes

- Copia del pedido del médico
- Factura original desglosada
- Copia de resultados



Hospitalización

- Factura original de la clínica u hospital
- Factura original del médico cirujano
- Factura original del anesthesiólogo
- Copia de historia clínica
- Copia del protocolo operatorio

IMPORTANTE

- Las facturas deben ser originales y cumplir con los requisitos de la Ley de Facturación.
- Todo gasto realizado con excepción de la consulta médica, debe ser ordenado o solicitado por el médico tratante y por escrito.
- Actualmente la mayoría de proveedores está emitiendo facturación electrónica, si es el caso, deberá imprimir el PDF de la factura electrónica y adjuntarla al reclamo.

BENEFICIOS ADICIONALES

Se pagarán los beneficios detallados a continuación:

MATERNIDAD

Cobertura para chequeos prenatales, parto normal, cesárea o aborto no provocado hasta \$ 3.200 por embarazo, al 100% sin deducible.

Complicaciones de maternidad hasta \$15.000 sin copago ni deducible.



Complicaciones del recién nacido hasta \$30.000 sin copago ni deducible.

Para acceder al beneficio debe reportar el embarazo antes de las 12 semanas de gestación, presentando un certificado médico con la Fecha de Última Menstruación. Así también debe solicitar el cambio de categoría de titular sola a titular más familia y se realiza el cobro de tarifas desde el inicio de maternidad.

Tiempo de carencia 60 días para nuevas inclusiones.

VITAMINAS, ALÉRGENOS Y VACUNAS



Vitaminas y alérgenos, siempre y cuando sean parte de una incapacidad con aplicación de deducible y copago.

Las **vacunas** a continuación detalladas: BCG, DTP, SARAMPION, PVO, HEPATITIS A, HEPATITIS B, FIEBRE AMARILLA y MENINGITIS con aplicación de deducible y copago.

LECHE MEDICADA



Leche Medicada para dependientes menores de 15 años, siempre y cuando exista un diagnóstico que justifique su prescripción.

TRANSPLANTE DE ÓRGANOS



Corresponde a la obtención y utilización clínica de órganos, tejidos y células de humanos donados de acuerdo a la respectiva Ley y realizados en hospitales y/o clínicas que cuenten con la capacidad técnica para hacerlo en el territorio ecuatoriano. Gastos médicos de los procesos de pre trasplante, trasplante y post trasplante, las complicaciones médicas que se deriven de dichos procesos y, las de suministros de medicamentos, insumos, dispositivos médicos y demás necesarios para atender al donante y receptor. Se financiarán los gastos médicos correspondientes a los Trasplantes de Órganos de riñón, corazón, hígado, médula ósea y córnea hasta **\$100.000** con aplicación de deducible y copago

CAMA ACOMPAÑANTE



Cargos por alojamiento en Hospital y/o Clínica de un acompañante para menores de dieciséis años y mayores de setenta y cinco años (Límite máximo por día, máximo 10 días) con aplicación de deducible y copago hasta \$60.

CONTROL DEL NIÑO SANO

Control del niño sano, que incluye consultas y vacunas detalladas por el MSP, de acuerdo a:



- Hasta 1 año de edad: 1 consulta mensual
- Hasta 2 años de edad: 1 consulta trimestral
- Hasta 3 años de edad: 1 consulta semestral
- Hasta 4 años de edad: 1 consulta anual

La cobertura es con copago, sin aplicación de deducible.

APARATOS ORTOPÉDICOS

Zapatos ortopédicos una vez por año con copago y con deducible.



Plantillas ortopédicas, una vez al año con copago y sin deducible.

Prótesis y dispositivos de corrección que no sean quirúrgicamente necesarios al 80%.

EXTRACCIÓN DE TERCEROS MOLARES



Extracción de Terceras Molares hasta **\$120** por cada molar con deducible y copago. La cobertura es únicamente para el proceso de extracción.

SIDA



SIDA y sus consecuencias, hasta un máximo de \$30.000 por año contrato.

EMERGENCIA EN EL EXTERIOR



Cobertura de emergencias en el exterior por enfermedades no preexistentes y accidentes hasta \$30.000 con deducible de \$150 por viaje; siempre y cuando el viaje no exceda 30 días. A través de Multiassistance llamando desde los EE.UU. 1800 8827796, fuera de los EE.UU 1305 6654458.

Todo gasto incurrido por fuera de la coordinación de Multiassistance se cubre a reembolso a costos del medio ecuatoriano.

SERVICIO EXEQUIAL



Servicio exequial a través de Jardines del Valle a nivel nacional llamando al 1800 244 766 accediendo a un paquete integral el cual contempla todos los servicios requeridos para el sepelio. Para conocer cuáles son éstos debe comunicarse con Jardines del Valle.

BENEFICIOS PREVENTIVOS

Una consulta ginecológica y un examen de **pap test** por año contrato, solo para la afiliada y/o la cónyuge o compañera en unión de hecho, sin aplicación de deducible y con copago.



Examen de **mamografía** por año contrato solo para la Afiliada y/o su cónyuge o compañera en unión de hecho mayores a 40 años, sin aplicación de deducible y con copago hasta \$60.

Examen de **antígeno prostático** por año contrato solo para el Afiliado y/o su cónyuge o compañero en unión de hecho mayores a 40 años, sin aplicación de deducible y con copago hasta \$60.

SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA

Beneficio de segunda opinión médica, presentando toda la documentación requerida a BMI, que a su vez entregará a un médico especialista en el extranjero. Este médico entrega de vuelta a BMI un informe con su opinión confirmando el diagnóstico, negándolo o ampliando el mismo. Este beneficio no tiene ningún costo para el afiliado.



Aplica únicamente en caso de:

- Enfermedades cardiovasculares
- Enfermedades neurovasculares
- Cáncer
- Enfermedades que indiquen la pérdida de un miembro
- Enfermedades raras que involucren peligro de muerte

INCLUSIÓN DE DEPENDIENTES

En el seguro médico los únicos familiares que pueden ser dependientes son los cónyuges e hijos. Para reportar la inclusión de un nuevo dependiente deberá seguir el siguiente proceso:

CÓNYUGES



Para la inclusión de su cónyuge o conviviente legal, entregue una copia del certificado de Matrimonio o Acta de Unión de Hecho legalizada en el registro civil junto con el formulario de actualización de datos.

HIJOS

Usted deberá enviar una copia del certificado de Nacido Vivo (INEC) o Partida de Nacimiento junto con el formulario de actualización de datos.



Usted tiene un plazo máximo de 30 días para incluir al nuevo dependiente, transcurrido dicho plazo (más de 31 días) la compañía se reserva el derecho de aceptar, limitar y/o condicionar su inclusión, así como sus enfermedades preexistentes.

Si la Compañía acepta la inclusión del nuevo dependiente, será bajo la condición de Entrante Tardío, se aplicará un período de carencia de 90 días y no tendrá cobertura de sus enfermedades preexistentes.

LÍMITES DE EDAD

Titular: Cobertura desde los 18 años hasta los 70 años al 100%, desde los 71 hasta los 75 años al 50% y desde los 76 años hasta los 80 años de edad al 20% de las coberturas contratadas.

Hijos: Hasta el día en que cumplan los 25 años de edad si son solteros, dependientes económicamente de los padres y estudiantes a tiempo completo. Deberán presentar semestralmente: Certificado de estudios, certificado de no aportación al IESS y copia de cédula de identidad.

EXCLUSIONES SEGURO DE ASISTENCIA MÉDICA

1. Lesiones o enfermedades resultantes de: catástrofes, desastres naturales, guerra declarada o no, invasión, acto de enemigo extranjero, hostilidades u operaciones bélicas, amotinamiento, motín, sublevación, huelga, conmoción civil, guerra civil, actos terroristas, rebelión, revolución, insurrección, conspiración, sedición, asonada, poder militar o usurpado, ley marcial o estado de sitio o cualquiera de los sucesos o causas que determinen la proclamación o mantenimiento de la ley marcial o estado de sitio, comiso, cuarentena dispuesta por cualquier gobierno o autoridad pública o local o por orden de dicho gobierno o autoridad, o cualquier arma o instrumento que emplee fisión o fusión nuclear o contaminación radiactiva provocada directa o indirectamente, ya sea en tiempo de paz o de guerra. Esta exclusión no resultará afectada por cualquier contrato que no haga alusión específica a la misma, en parte o en todo.
2. Condiciones Preexistentes no declaradas.
3. Cualquier tipo de servicio no autorizado de transporte del paciente en cualquier condición.
4. Curas de reposo, enfermedades nerviosas, psiquiátricas, psicológicas y/o trastornos de enajenación mental, estados de depresión psíquica o nerviosa, histeria, neurosis o psicosis, cualesquiera que fuesen sus manifestaciones clínicas, así como tratamientos para corregir trastornos de la conducta y el aprendizaje, a excepción de lesiones debido a trastornos de salud mental, estados de demencia, incluso a resultantes por intento de suicidio.
5. Curas de reposo, enfermedades nerviosas, psiquiátricas, psicológicas y/o trastornos de enajenación mental, estados de depresión psíquica o nerviosa, histeria, neurosis o psicosis, cualesquiera que fuesen sus manifestaciones clínicas derivadas de adicciones o farmacodependencia a excepción de lesiones debido a trastornos de salud mental, estados de demencia, incluso a resultantes por intento de suicidio.
6. Terapia ambiental de descanso y/o para observación, servicios o tratamientos en instituciones asistenciales, hidroclínicas, baños termales, sanatorios, clínicas de reposo.
7. Exámenes generales de salud (chequeos médicos de rutina), a excepción de los descritos en el anexo de prestaciones con tarifa cero.

8. Exámenes y tratamientos dentales y/u odontológicos en general, a menos que sean a consecuencia de accidente ocurrido durante la vigencia de este Contrato.
9. Cirugía electiva estética, cosmética así como el tratamiento médico cuyo principal propósito sea el embellecimiento
10. Tratamientos y/o métodos correctivos generados por defectos de refracción visual (optometría).
11. Equipos y/o dispositivos médicos duraderos como sillas de ruedas, camas de hospitales, equipos requeridos para terapia física o vocacional, costos por adaptación de vehículos, cuartos de baños, residencias y cualquier otro equipo médico duradero a excepción del alquiler de cualquier equipo o dispositivo médico para monitoreo e infusión de medicamentos y los suministros necesarios para su utilización o funcionamiento.
12. Prótesis y/o dispositivos de corrección que no sean quirúrgicamente necesarios.
13. Compra o alquiler de audífonos.
14. Aborto que se haya realizado por razones psicológicas o sociales y sus consecuencias.
15. Cuidados podiátricos, incluyendo, de manera enunciativa pero no taxativa, cuidados de los pies relacionados con callos, pies planos, arcos débiles, pies débiles, incluyendo zapatos e insertos especiales de cualquier tipo o forma.
16. Honorarios médicos facturados por parte de un Miembro de Familia. Así mismo, la auto terapia y auto prescripción de medicinas.
17. Trasplante de Órganos, excepto los detallados en las coberturas
18. Costo de adquisición e implantación de corazón artificial y dispositivos mono o biventriculares.
19. Cualquier crío preservación, la implantación o re implantación de células vivas.
20. Cualquier tratamiento en vía de experimentación.
21. Cualquier tratamiento no fundamentado en medicina basada en evidencia y en la oferta y tecnologías sanitarias aprobadas y disponibles en el país o en el exterior.
22. Gastos médicos causados a consecuencia de lesiones que surjan como resultado del servicio activo en calidad de Policía, de miembro de las
23. Fuerzas Armadas o de Empresas de Seguridad legalmente establecidas. Trastornos de la articulación temporomandibular (TMJD) o maloclusión.

24. Enfermera o prestador de servicios privados, contratados por decisión propia del Titular, Afiliado y/o Dependiente dentro o fuera del hospital y/o clínica sin que exista prescripción médica.
25. Gastos médicos por concepto de tratamientos que ocurran con posterioridad a la expiración o terminación de este Contrato.
26. Exámenes de diagnóstico y gastos innecesarios por servicios o equipos médicos no relacionados o inherentes con la Incapacidad.
27. Incapacidad originada en caso de violación de leyes, normas o reglamentos cuando dicha violación corresponda a una infracción penal dolosa y constituya la causa del siniestro.
28. Tratamientos relacionados con sobrepeso, talla corta y/o alopecia; así como lo relacionado a fertilización, esterilización, inseminación artificial, impotencia y disfunción eréctil
29. Enfermedades que sean declaradas como epidemias y/o pandemias por la autoridad competente.
30. Incapacidades y sus complicaciones como consecuencia de la aplicación de rayos x, radioterapia, radium e isótopos.
31. Incapacidades y sus complicaciones derivadas de tratamientos y/o beneficios no cubiertos en este Contrato.
32. Tratamiento para lesiones como consecuencia de la participación en competencias, demostraciones o entrenamientos de deportes profesionales, por la cual el afiliado y/o dependientes reciban una compensación monetaria o beneficios financiero.
33. Incapacidad generada en condiciones de prisión o privación de libertad.

CANALES DE ATENCIÓN AL CLIENTE



Contact Center

Accede a atención personalizada las 24 horas del día. Tendrás toda la información de tu póliza, reportar un siniestro o solicitar asistencia.

App Asertec Plus

Para tener al alcance de tu mano la información de tu seguro, tus reclamos o cotizar una póliza.



Sistema Web

En el sistema web Seguros en Línea encontrarás toda la información de tu seguro y de tus reclamos.

Aserchat

Chat en línea, donde podrás comunicarte con nuestros asesores desde cualquier dispositivo.



Asesor de Servicio al Cliente

Asistencia semanal o mensual de un Asesor a las oficinas del Cliente, para asistencia de dudas, consultas o entrega de documentos.

En seguros, siempre a tu lado

Conoce más acerca de nosotros:

www.asertec.com.ec 

Corresponsales de:

Willis Towers Watson