

Como solicitar un reembolso de gastos

SI SE TRATA DE UN RECLAMO AMBULATORIO, se deberá presentar la siguiente documentación:

- Formulario de Reclamación llenado y firmado por el Titular y el Médico Tratante.
- **Facturas Originales**, debidamente llenadas.
- Órdenes de **exámenes**, resultados y factura desglosada.
- **Receta** completa y factura de farmacia. En caso de medicación continua, **cada seis meses se deberá solicitar al Médico Tratante una nueva receta.**
- **Facturas de Honorarios Médicos** con fecha y valor de cada consulta.
- Si recibe atención en **Emergencias** de un Centro de Salud, adjuntar la hoja # 008.

SI SE TRATA DE UN RECLAMO HOSPITALARIO
Además de los documentos antes indicados adjuntar:

- Factura de Hospitalización desglosada.
- Facturas de honorarios médicos de: cirujano, ayudante, anestesista.
- Historia clínica, record anestésico y protocolo operatorio.

Para la presentación de facturas electrónicas, deberán entregar impreso el PDF de la misma.

ALCANCES A UN MISMO DIAGNÓSTICO: adjuntar la copia de la liquidación anterior, más la copia de la receta y facturas originales.

RECLAMOS DE DEPENDIENTES MAYORES A 18 AÑOS: adjuntar copia de cédula de identidad, certificado de no afiliación al IESS y de estudios, (cada seis meses actualizar estos documentos al presentar un reclamo) Si se trata de un dependiente discapacitado mayor de edad, deberá adjuntar el carnet del Conadis.

REEMBOLSOS: Si los reclamos presentados se encuentran completamente documentados, serán reembolsados en 5 días laborables, mediante transferencias directas a sus cuentas bancarias.

PLAZO PARA PRESENTACIÓN DE UN RECLAMO: 90 días a partir del último gasto realizado ya sea hospitalario o ambulatorio, si excede este plazo, su reembolso no tendrá cobertura por ser extemporáneo.

En caso de cancelación del Fondo de Salud, el plazo para la presentación de reclamos, será de 30 días

TODA ASESORÍA Y TRÁMITE SERÁ ATENDIDO EN EL SEGUNDO PISO DE LAS OFICINAS DE LA APUC.

Ing. Katty Astudillo
kastudillo@tecniseguros.com.ec

Telf: 2818288 ext. 1

En el siguiente horario:

Lunes a Jueves: 8H00 a 11H00
15:30 a 17H30
Viernes: 8H00 a 11H00
15H00 a 16H00



UNIVERSIDAD DE CUENCA

ASOCIACIÓN DE PROFESORES

Constituida en 1967



Pensando en Usted y en su salud.

Resumen de beneficios del Fondo Interno de Salud

Cuadro de Coberturas

GASTOS HOSPITALARIOS Y AMBULATORIOS	MONTOS DE COBERTURA	
	Plan \$ 10.000	Plan \$ 8.000
Límite máximo por Incapacidad	\$ 10,000.00	\$ 6,000.00
Cuarto y Alimento diario al 100% hasta	\$ 90.00	\$ 90.00
Cama para acompañante de hospitalización de niños menores de 15 años al 100% hasta:	\$ 20.00	\$ 20.00
Unidad de terapia intensiva	80%	80%
Unidad de neonatología	80%	80%
Deducible anual por persona	\$ 100.00	\$ 90.00
Copago	80/20	80/20
Período de Incapacidad (El límite máximo de cobertura será restituida al 100% en cada renovación)	365 días	365 días
Valor tope consulta médica	\$ 35.00	\$ 35.00
Ambulancia al 100% hasta	\$ 380.00	\$ 300.00
Emergencia por accidente: Si se trata de un gasto ambulatorio se reembolsará hasta el límite establecido al 100%, la diferencia al 80% luego de aplicado el deducible.	\$ 600.00	\$ 600.00
Gastos de sepelio titular y dependiente al 100% hasta:	\$ 2,000.00	\$ 1,500.00
Sesiones de rehabilitación físicas y respiratorias al 80% hasta:	\$ 25.00	\$ 25.00
Extracción de Terceros Molares al 80% luego de aplicado el deducible hasta:	\$ 100 c/molar	\$ 100 c/molar
Chequeo ginecológico anual, incluye consulta médica y Pap test al 100% hasta:	\$ 50.00	\$ 50.00
Mamografía de control anual al 100% hasta:	\$ 50.00	\$ 50.00
Chequeo de Prostata una vez al año al 100% hasta:	\$ 50.00	\$ 50.00
Audifonos una vez al año al 100% hasta:	\$ 200.00	\$ 200.00

Maternidad al 100% hasta: (esta cobertura es para la Titular o esposa del Titular y cubre: parto normal, aborto no provocado y cesárea)	\$ 1,200.00	\$ 1,000.00
Control del niño sano al 100% de acuerdo a lo siguiente: - Hasta 2 años, chequeo mensual - De 2 a 4 años, chequeo trimestral - De 4 a 6 años, chequeo semestral	\$ 35.00	\$ 35.00
Cubre Vacunas determinadas bajo el esquema del Ministerio de Salud Pública al 80%	Si	Si
Cristales Opticos no masivos, una vez al año solo para titulares al 100% hasta:	\$ 30.00	\$ 30.00
Silla de ruedas cuando la lesión sea definitiva por una sola vez al 100% hasta:	\$ 500.00	\$ 500.00
Medias elásticas para várices, dos al año al 100% hasta:	\$ 50.00	\$ 50.00
Leche medicada siempre que sea necesaria para el tratamiento de una enfermedad cubierta	Si	Si
Cubre tratamientos para alergias	Si	Si

¿Qué cubre?

Cubre costos necesarios, razonables y acostumbrados de acuerdo al lugar donde se efectúe el gasto. Los valores que se considerarán para reembolso como: medicinas y exámenes, deben tener relación con el diagnóstico motivo del reclamo.

ACCIDENTES DE TRANSITO: Se deberá tramitar los primeros \$ 3.000 a través del SPPAT, únicamente el exceso se reclamará a través del Fondo de Salud de la APUC.

¿Quiénes tienen cobertura?

Todos los Profesores Activos, Jubilados y sus dependientes, que se encuentren incluidos en el Fondo Interno de Salud de la Asociación de Profesores de la Universidad de Cuenca, quienes en forma voluntaria aportarán el valor mensual fijado.

DEPENDIENTES: Se consideran dependientes, al cónyuge o compañero (a) permanente del titular; los hijos, hijastros hasta los 19 años de edad cumplidos, y se extiende la cobertura hasta los 25 años cumplidos, siempre que sean solteros o divorciados, estudiantes y dependan económicamente del Titular. Los hijos discapacitados sin límite de edad.

Los hijos que excedan los 25 años de edad o que pierdan la condición de dependientes, podrán acogerse a estos beneficios en forma automática y voluntariamente, como titular solo, titular + un dependiente o como Titular + Familia, aportando en forma mensual el valor correspondiente, dicho cambio lo deberá notificar el Funcionario Titular de inmediato en el mes que adquiera la nueva condición.

LÍMITE DE EDAD: Hasta 75 años con el 100% de cobertura, a partir de los 75 años un día hasta los 80 años cumplidos el límite máximo de cobertura se reduce al 60%; a partir de los 80 años un día hasta los 86 años cumplidos el límite máximo de cobertura se reduce al 50%. Los reembolsos se efectuarán al 80% en el primer caso, al 60% en el segundo y al 50% en el tercer caso, luego de aplicado el deducible.

Exclusiones: El fondo Interno de Salud no cubrirá gastos médicos presentados por lo siguiente:

1. **Enfermedades preexistentes.**- Se considerará preexistente cualquier enfermedad, patología o condición de salud, que haya sido conocida por el titular o sus dependientes y diagnosticada médicamente con anterioridad a la incorporación al Fondo de Salud; esta exclusión cesará de aplicar después de 90 días de haber permanecido en forma continua bajo este amparo y hasta los límites establecidos, exclusión aplicable únicamente para nuevas inclusiones.

2. Lesiones o afecciones causadas y originadas directa o indirectamente por terremotos, inundación, energía atómica y en general por desastres naturales o cualquier evento de la naturaleza; así como guerra (declarada o no declaradas), conmoción civil, revolución, asonadas, secuestro y participación en huelgas o motines.

3. Curaciones de reposo, cuidados sanitarios o períodos de cuarentena o aislamiento y epidemias declaradas por el Organismo respectivo.

4. Exámenes dentales en general, extracciones, empastes y tratamiento odontológico en general, así como afecciones dentales, alveolares o gingivales y sus complicaciones, salvo que se deban a accidentes ocurridos durante la vigencia en el Fondo de Salud. No cubre Desviación Temporomandibular o Maloclusión.

5. Exámenes de laboratorio o imagen no inherentes a, o no necesarios para el diagnóstico de una enfermedad o lesión corporal accidental. Gastos no prescritos por el médico tratante y aquellos que no ayuden a la recuperación de la salud tales como: teléfono, televisión, gastos de acompañante en general y otros suministros no médicos.

6. Medicina preventiva o profiláctica como exámenes generales de salud, chequeos médicos.

7. Hospitalizaciones y gastos que de ella se deriven y que tengan por objeto principal el diagnóstico (chequeo).

8. Transporte que sea prestado por servicios de una ambulancia terrestre debida y legalmente autorizada como tal.

9. Lesiones y enfermedades mentales, psicológicas, nerviosas o estrés, trastornos de aprendizaje, déficit atencional, tratamientos con tranquilizantes, ansiolíticos, antidepresivos, así como las resultantes por intento de suicidio.

10. Tratamiento de rehabilitación por alcoholismo y/o drogadicción.

11. Tratamientos de fertilización o inseminación artificial y esterilidad masculina y femenina, impotencia sexual.

12. Enfermedades o accidentes causados o provenientes del uso o consumo de estupefacientes, alcohol o drogas, así como aquellos sufridos como producto de la participación directa en actos calificados como faltas a la ley.

13. Gastos originados por defectos de refracción visual, suministro de anteojos y lentes de uso interno o externo, de contacto, así como sus operaciones, eximer láser.

14. Cirugía plástica, salvo para corregir lesiones por accidente o enfermedades, ambos ocurridos durante la vigencia en el Fondo de Salud.

15. Consultas, exámenes, tratamientos ambulatorios u hospitalizaciones, todos relacionados con problemas de desarrollo, problemas fisiológicos, talla corta, obesidad o delgadez, alopecia, liposucción.

16. Climaterio, Menopausia o complicaciones.

17. Medicinas, reconstituyentes, vitaminas y complementos proteínicos alimenticios, excepto si son necesarias para el tratamiento de una enfermedad cubierta.

18. Todo lo relacionado con maternidad ya que es un beneficio aparte y tiene su límite establecido, se excluye el aborto provocado criminalmente y/o sus consecuencias.

19. Honorarios Médicos por servicios recibidos de Padres, hijos, hermanos.

20. Cualquier tratamiento, enfermedad o intervención quirúrgica, en cuyo reclamo se detecte la existencia de alteración o suplantación dolosa de valores, firmas, diagnóstico, documentos, facturas etc. por parte del Afiliado Titular o de sus dependientes, o en general cualquier acto de mala fe orientado a conseguir beneficios económicos. **En caso de comprobación de un acto doloso no se procederá con el reembolso del total de gastos presentados.**

Cuando necesite asesoramiento para presentación de gastos médicos, o consulta de coberturas o tenga una hospitalización programada, acérquese por favor a nuestra oficina de servicios de la APUC en donde se le solventará cualquier inquietud.

El presente instructivo, es un resumen de sus beneficios, para mayor información, favor registrarse al Reglamento vigente.