

MINI MED

**Programa de Seguros de Vida y Gastos Médicos
para grupos entre 3 y 50 empleados.**

DESCRIPCION DEL PLAN

MINIMED:

Es un contrato de seguro colectivo de vida y gastos médicos, en dónde se pueden incorporar **grupos** de empresas desde 3 hasta 50 empleados.

PLANES :

Se ofrecen 3 planes de cobertura según se muestra en el cuadro de beneficios así: Plan SILVER
Plan GOLD
Plan PLATINIUM

ANIVERSARIO DE LOS MINIGRUPOS:

Los grupos pueden contratar la póliza en cualquier mes del año, sin embargo todos tendrán una misma fecha de aniversario: **1º Octubre**, fecha en que se hará la renovación de este programa y podrán haber cambios en las condiciones y tarifas.

GRUPOS ELEGIBLES:

Empresas o instituciones que soliciten cobertura para grupos de 3 hasta 50 empleados.

TITULARES ELEGIBLES:

Empleados activos y permanentes que trabajen por lo menos 30 horas a la semana, previa presentación de copia de la planilla del IESS o Contrato por Honorarios Profesionales.

EMPLEADOS NO ELEGIBLES:

Empleados temporales, de medio tiempo, jubilados o retirados así como miembros de asociaciones.

PAGO DE PRIMAS:

Las primas son pagaderas a través del asesor de seguros, sólo se aceptará con cheque a nombre de Pan-American Life Ins. Co. Sucursal Ecuador, por el valor total de la factura, o en su defecto un formulario de débito bancario, con opción a pagos mensuales, trimestrales, semestrales o anuales.

LIMITACIONES DE RESIDENCIA:

Esta póliza es un plan diseñado y calculado para personas cuya residencia permanente sea Ecuador.

INSCRIPCIÓN:

Para asegurarse el contratante deberá aceptar la propuesta indicando el plan escogido, cada empleado deberá completar **la tarjeta de enrolamiento y pruebas de asegurabilidad (empleado y dependientes)**. Dicha documentación junto con los demás requisitos de emisión deberá ser presentada a más tardar el 20 de cada mes y de resultar el grupo de empleados aprobados, la fecha efectiva de cobertura podrá ser el primer día del mes siguiente.

Requisitos de Emisión / Persona Jurídica

1. Formulario "Conozca a su Cliente", Persona Jurídica, debidamente completado.
2. Verificación del Pago del Impuesto a la Renta a través de la página web
3. Copia del RUC – Actualizada
4. Copia de Escrituras de Constitución

5. Nómina actualizada de accionistas y/o socios, en la que se indique montos de acciones en participaciones emitido por el Organismo de Control competente.
6. Certificado de cumplimiento de obligaciones del órgano competente
7. Copia del nombramiento vigente del representante legal
8. **Copia a color** de la cédula de identidad del representante legal
9. Copia de pago de cualquier servicio básico: agua-luz o teléfono donde conste la dirección del domicilio o trabajo.
10. Estados financieros (un año atrás) o Formulario 101.
11. Tarjetas de enrolamiento
12. Pruebas de Asegurabilidad de los Titulares
13. Pruebas de Asegurabilidad de los Dependientes
14. Copia de cédula de Identidad de los titulares
15. Planilla de pago al IESS
16. Cotización aceptada, firmada por el Representante Legal de la Empresa

REGULACIONES APLICABLES A LA PÓLIZA DE MINIMED

1. Cada grupo deberán tener entre 3 y 50 empleados asegurados en esta póliza.
2. Cada póliza puede estar conformada por varios planes con una participación mínima de 3 personas por plan, es decir dentro de un mismo MINIMED pueden existir diferentes planes activos Silver, Gold o Platinum.
3. Todos los empleados y sus familiares dependientes del grupo que se incorporen a la póliza, deberán presentar pruebas de asegurabilidad satisfactorias para la Compañía.
4. Los grupos no elegibles para asegurar dentro de este plan son mineros y personal de seguridad. Serán elegibles aquellas empresas que decidan incorporar en esta póliza sólo categorías específicas de empleados, como Personal Ejecutivo, Personal de Administración, Personal Operativo, etc.
5. El Asesor de Seguros será el responsable de recaudar las primas para la Compañía.
6. La prima deberá ser pagada en su totalidad cada mes, no debiendo recibirse pagos parciales.
7. Si algún grupo no cancela su prima en el período de plazo establecido (31 días de período de gracia), la póliza será cancelada.
8. El asesor de seguros será el responsable de los procesos administrativos ante el contratante.
9. Cuando un grupo llegue a tener 50 ó más empleados, se independizará del programa MINIMED y se le emitirá su propia póliza colectiva, hasta su próxima renovación 1 de Octubre, fecha en la cual se recalcularán sus tarifas, y serán ajustadas de acuerdo al riesgo individual según su actividad. De existir una disminución a menos de 3 empleados, su terminación será inmediata.
10. Grupos que tengan Compañías afiliadas, asociadas o subsidiarias, se podrán incorporar, siempre y cuando se adapten a la misma clasificación.

ALTERNATIVAS
(Todas las cifras en dólares U.S.)

SEGURO DE VIDA			
	SILVER	GOLD	PLATINIUM
BENEFICIOS (Solo para titulares)	Monto	Monto	Monto
	de Seguro	de Seguro	de Seguro
SEGURO DE VIDA: Muerte por cualquier causa	\$5.000	\$10.000	\$15.000
Incapacidad Total y Permanente	\$5.000	\$10.000	\$15.000
Muerte y desmembración accidental (MyDA)	\$5.000	\$10.000	\$15.000

SEGURO DE ASISTENCIA MÉDICA			
BENEFICIOS GENERALES (Aplica para titulares y sus dependientes)	SILVER	GOLD	PLATINIUM
Cobertura Territorial	Solo Local	Mundial	Mundial
Máximo Año Calendario	\$100.000	\$125.000	\$150.000
Máximo Año Calendario se reduce a los 65 años	\$35.000	\$40.000	\$50.000
Máximo Vitalicio para SIDA	\$15.000	\$30.000	\$45.000
Deducible Local año calendario	\$100	\$150	\$200
Deducible Internacional año calendario	N/A	\$1.000	\$1.500
Cobertura ambulatoria libre elección con aplicación de deducible	80%	80%	80%
Cobertura ambulatoria Red Paligmed sin aplicación de deducible	80%	80%	80%
Cobertura hospitalaria libre elección	80%	80%	80%
Cobertura hospitalaria Red Paligmed	80%	80%	80%
Cobertura hospitalaria Red Paligmed Preferencial	90%	90%	90%
Cobertura ambulatoria y hospitalaria Internacional (En EEUU al 70% fuera de Red)	N/A	80%	80%
Límite de Coaseguro año calendario hasta:	N/A	\$12.500	\$15.000
Cuarto y Alimento Local (Sin Límite de Días) al 100% sin aplicación de deducible, hasta:	\$120	\$160	\$220
Cuarto y Alimento Internacional (Sin Límite de Días) al 100% sin aplicación de deducible, hasta:	N/A	\$250	\$350
Terapia Intensiva (Sin Límite de Días):	80%	80%	80%
Tope de Consulta	\$50	\$60	\$70
Ambulancia Terrestre local e internacional Hasta:	\$200	\$200	\$200
Emergencia Médica por Accidente (Al 100% y no sujeto a deducible) hasta:	\$250	\$300	\$350
Control Niño Sano	SI APLICA	SI APLICA	SI APLICA

Beneficio de Maternidad: Parto normal, Cesárea y Aborto no provocado al 100% sin deducible (aplica periodo de carencia 9 meses)	\$1.300	\$1.800	\$2.200
Servicio Exequial con proveedor designado por Palig	SI APLICA	SI APLICA	SI APLICA
COBERTURAS ESPECIALES			
Cobertura de Accidentes Bajo Efectos del Alcohol	SI APLICA	SI APLICA	SI APLICA
Cobertura de Lesiones Autoinflingidas	SI APLICA	SI APLICA	SI APLICA
Cobertura de Enfermedades Congénitas para dependientes nacidos bajo la póliza	SI APLICA	SI APLICA	SI APLICA

**CUADRO REFERENCIAL DE PRIMAS MENSUALES
DE ASISTENCIA MÉDICA OCTUBRE 2014 – SEPTIEMBRE 2015
(Todas las cifras en dólares U.S.)**

Promedio Edad del Grupo		SILVER	GOLD	PLATINIUM
Hasta 29 años	Empleado Solo	\$ 45,02	\$ 54,89	\$ 60,15
	Empleado con 1 dependiente	\$ 84,92	\$ 105,85	\$ 115,56
	Empleado con 2 ó más dependientes	\$ 111,52	\$ 136,88	\$ 151,02
		SILVER	GOLD	PLATINIUM
De 30 hasta 39 años	Empleado Solo	\$ 51,68	\$ 61,53	\$ 66,8
	Empleado con 1 dependiente	\$ 93,79	\$ 112,5	\$ 124,42
	Empleado con 2 ó más dependientes	\$ 138,12	\$ 165,72	\$ 184,24
		SILVER	GOLD	PLATINIUM
De 40 hasta 49 años	Empleado Solo	\$ 64,98	\$ 74,83	\$ 84,53
	Empleado con 1 dependiente	\$ 115,95	\$ 134,68	\$ 153,24
	Empleado con 2 ó más dependientes	\$ 178,02	\$ 205,60	\$ 233,02
		SILVER	GOLD	PLATINIUM
De 50 hasta 59 años	Empleado Solo	\$ 98,21	\$ 112,51	\$ 126,65
	Empleado con 1 dependiente	\$ 171,35	\$ 196,75	\$ 219,74
	Empleado con 2 ó más dependientes	\$ 226,79	\$ 261,02	\$ 292,88

		SILVER	GOLD	PLATINIUM
De 60 hasta 65 años	Empleado Solo	\$ 164,71	\$ 190,08	\$ 213,10
	Empleado con 1 dependiente	\$ 264,44	\$ 305,35	\$ 341,67
	Empleado con 2 ó más dependientes	\$ 306,56	\$ 356,32	\$ 399,28

CUADRO REFERENCIAL DE PRIMAS DE VIDA OCTUBRE 2014 – SEPTIEMBRE 2015
(Todas las cifras en dólares U.S.)

SEGURO DE VIDA			
	SILVER	GOLD	PLATINIUM
BENEFICIOS (Solo para titulares)	Monto	Monto	Monto
	de Seguro	de Seguro	de Seguro
SEGURO DE VIDA: Muerte por cualquier causa	\$5.000	\$10.000	\$15.000
Incapacidad Total y Permanente	\$5.000	\$10.000	\$15.000
Muerte y desmembración accidental (MyDA)	\$5.000	\$10.000	\$15.000
Prima Neta mensual por persona	\$2,50	\$5,00	\$7,50

Importante: Para duplicar los montos de Seguro de Vida, escoger opción 2 en el cotizador.

CÓMO CALCULAR LAS TARIFAS

Ejemplo: Se tiene un minigrupo de 7 empleados cuyas edades son:

# Empleados	edad	Total años
1	26	26
2	30	60
2	45	90
1	50	50
1	60	60
7		286

Se suma las edades de todos ellos, totalizando **286** años. Esa cantidad se divide entre el número de empleados, en este caso **7**, dando como resultando un promedio de edad del grupo de **41 años**. Por lo que las tarifas aplicables para este minigrupo serían las correspondientes al rango de 40 hasta 49 años y de acuerdo al plan seleccionado.

A Las tarifas que otorgue cada rango de edad se deben sumar las primas de VIDA.

SEGURO DE VIDA

RIESGOS A CUBRIR EN VIDA, MUERTE Y DESMEMBRACIÓN ACCIDENTAL E INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

1) El seguro de vida cubre la muerte por cualquier causa del titular, así como el suicidio y la muerte presunta declarada legalmente.

2) MUERTE Y DESMEMBRACIÓN ACCIDENTAL

2.1 Cobertura

a) Muerte Accidental: Cubre si el titular sufre una lesión corporal por hechos accidentales directos, violentos, ajenos a su voluntad y que causen la pérdida de su vida, la cobertura es igual al monto de vida (Doble beneficio por muerte accidental)

b) Triple indemnización (Considerando el seguro de vida)

- Mientras el asegurado se encuentre viajando como pasajero en un vehículo público no aéreo, propulsado mecánicamente y operado por una empresa de transporte público que con regularidad preste servicio de pasajeros en una ruta establecida, pero no en el momento de tratar de abordar o descender de dicho vehículo, o a consecuencia de ello; o
- Mientras el asegurado vaya viajando como pasajero dentro de un ascensor corriente de pasajeros (con excepción de ascensores en minas); o
- Como consecuencia de incendio en un teatro, hotel o cualquier otro edificio público en el cual el asegurado se encuentre al principio del incendio

c) Desmembración Accidental: Se cubre según tabla de desmembración

Por Pérdida Accidental de:	% del Seguro
Ambas Manos	100%
Ambos Pies	100%
La vista de ambos ojos	100%
Una mano y un pie	100%
Una mano y la vista de un ojo	100%
Un pie y la vista de un ojo	100%
Una mano	50%
Un pie	50%
La vista de un ojo	50%
Dedo pulgar e índice de una mano	25%

2.2 Exclusiones:

- Suicidio
- Inhalación de gases, exceptuando la muerte en caso de incendio.
- Muerte y/o lesiones causadas por armas de fuego, armas corto punzantes, artefactos explosivos y/o incendiarios

3) INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE Se cubre al titular si queda incapacitado total y permanente a consecuencia de una enfermedad o accidente y no pueda realizar sus labores habituales. Se

indemniza a los 3 meses de la recepción de las pruebas de incapacidad. El asegurado será elegible para este beneficio luego de un período de 6 meses dentro de la póliza. La cobertura es igual al monto de vida.

GENERALIDADES

- 1) El Seguro de Vida y el Beneficio de Muerte y Desmembración Accidental se reduce al 50% al cumplimiento de los 65 años de edad.
- 2) Nuevos empleados de 60 años de edad o más no serán elegibles para el seguro.
- 3) Vida incluye el beneficio de Incapacidad Total y Permanente hasta el cumplimiento de los 60 años de edad, pagadero en un solo pago al comprobarse la incapacidad.
- 4) El Seguro de Vida y el Beneficio de Muerte y Desmembración Accidental terminarán al cumplimiento de los 70 años de edad, al retiro o jubilación del empleado asegurado, lo que primero ocurra.

SEGURO DE GASTOS MÉDICOS (sujetos a deducible y coaseguro)

- 1) Gastos médicos ambulatorios y/o hospitalarios, sean por accidente o por enfermedad (medicamento diagnosticados)
 - a. Medicinas bajo receta médica
 - b. Exámenes de laboratorio e imágenes ordenados por un médico
 - c. Honorarios de médicos y cirujanos autorizados para el ejercicio de la profesión por servicios prestados al asegurado mientras éste se encuentre recibiendo asistencia en un hospital, clínica o en consultorio particular.
- 2) Cobertura de hijos desde el primer día de nacido, por condiciones congénitas anormales, o si nace o contrae una enfermedad antes de salir del hospital. Si el niño nace sano será elegible a partir del décimo día de nacido hasta los 25 años de edad, siempre y cuando sea soltero, dependa económicamente del empleado asegurado y estudie a tiempo completo.
- 3) Tratamientos de Menopausia y Andropausia sin límite de edad.
- 4) Cobertura de Desastres Naturales.
- 5) Servicio de ambulancia, siempre y cuando sea profesional, justificada y desde el lugar donde se contrae la enfermedad o accidente a un hospital equipado para proporcionar tratamiento especializado.
- 6) Atención suministrada por enfermeras privadas tituladas que no tengan ningún grado de parentesco con el asegurado y que no vivan en la casa de dicho individuo, reembolso condicionado a presentación de factura y con la debida justificación médica.
- 7) Rinoplastias por accidente o complicaciones por una enfermedad (Excepto caso estético).
- 8) El tratamiento dental está cubierto solamente si es originado por causas accidentales que ocasionen pérdida de dientes naturales y dislocación a fractura de la mandíbula si los gastos son incurridos dentro de los 3 meses siguientes al accidente.
- 9) Cobertura de zapatos ortopédicos justificados con pedido médico al 60%
- 10) Transplantes de Órganos, cobertura exclusiva para el asegurado receptor.
- 11) Extracción de las terceras molares impactadas hasta \$90 por cada uno, adjuntar radiografías panorámicas previas a la cirugía.
- 12) La cirugía plástica está cubierta solamente en los siguientes casos:

- a. Tratamiento por lesiones sufridas en un accidente (estando el empleado asegurado en la póliza), si los gastos son incurridos dentro de los 6 meses después del accidente. Con respaldo de hoja de atención de emergencia.
 - b. Tratamiento por irregularidad congénita en un niño que nazca mientras el padre o madre estén asegurados y tengan cobertura para dependientes.
- 13) Se incluye el Traslado del deducible por gastos incurridos durante los últimos tres meses del año calendario.
- 14) El máximo año calendario de Gastos Médicos reembolsará únicamente el monto establecido en el cuadro de beneficios vigente, al momento de diagnosticarse cualquier cargo por servicios relacionados con el SIDA y sus complicaciones.
- 15) El beneficio de maternidad aplicará únicamente a empleadas y cónyuges dependientes, siempre y cuando se encuentren pagando tarifa de titular más familia desde el tercer mes de embarazo. Período de carencia para maternidad 9 meses a partir de la fecha de inclusión.
- 16) Ninguna enfermedad preexistente será cubierta durante el primer año de vigencia de la póliza. Se considera preexistente una enfermedad, lesión, condición o síntoma originada dentro de los 12 meses precedentes a la fecha efectiva de la cobertura, o aumento o cambio de beneficios que requieran pruebas de asegurabilidad. Una condición preexistente se define como:

Enfermedad, lesión o condición por las cuales el individuo asegurado:

- i. Tuvo advertencia médica o consultó a un médico
- ii. Recibió tratamiento médico, servicios o suministros
- iii. Se ha hecho o le recomendaron exámenes para diagnóstico
- iv. Tomó drogas o medicinas recetadas o recomendadas

La condición preexistente quedará sin efecto cuando el asegurado haya estado cubierto bajo la póliza por un período consecutivo de 12 meses, a partir de dicho período, excepto para enfermedades graves como Cáncer, Insuficiencia Renal, Accidente Cerebro Vascular, Infarto al Miocardio, Revascularización Coronaria(by Pass), Transplantes de órganos mayores, Parálisis entre otras que serán evaluadas individualmente para su aprobación.

- 17) Cobertura para Prótesis (no reemplazos), Aparatos Ortopédicos, siempre que estos sea prescritos y justificados por un médico tratante que ayuden a la recuperación de la salud del paciente (No se cubre equipos de diagnóstico)
- 18) Cobertura de lesiones auto inflingidas.
- 19) Cobertura de accidentes bajo el efecto de alcohol.
- 20) Reembolso por gastos de Sepelio para Dependientes se realizará hasta por el monto máximo contratado con la presentación de la correspondiente factura, sujeto a deducible y coaseguro.
- 21) Un examen de Papanicolaou al año, por motivos de control médico (para las titulares y/o dependientes cónyuges)
- 22) Cobertura de control de niño sano desde el primer día de nacido hasta los 6 años cumplidos: una consulta mensual durante el primer año, una consulta trimestral durante el segundo y tercer año, una consulta semestral durante el cuarto y el quinto año, beneficio que aplicará al 80% y con deducible
- 23) Cobertura de Vacunas correspondientes al esquema del Ministerio de Salud Pública del Ecuador al 80% hasta un tope de \$65 sin deducible.

GENERALIDADES

- 1) El monto máximo de cobertura en Gastos Médicos, año calendario, se reducirá a los valores que se establecen en el cuadro de beneficios, al cumplir el asegurado 65 años de edad.
- 2) Se requiere la presentación de pruebas de asegurabilidad satisfactorias para la Compañía, tanto para el empleado como para cada uno de sus familiares dependientes elegibles.
- 3) Nuevos empleados o familiares dependientes de 60 años de edad o más no serán elegibles para el seguro.
- 4) El plan médico terminará al cumplimiento de los 70 años de edad, al retiro o jubilación del empleado asegurado, lo que primero ocurra.
- 5) El empleador deberá recuperar la tarjeta de afiliación del asegurado en el momento que deje de pertenecer a su nómina de empleados; ya sea por retiro voluntario o despido. De existir algún servicio prestado por alguno de nuestros proveedores después de la terminación de relación de dependencia de dicha persona con el empleador, este será el responsable por los gastos incurridos. Si no se informó a tiempo a la compañía aseguradora sobre dicha terminación y exclusión.
- 6) **PAGO DE RECLAMOS EN UN TIEMPO MÁXIMO DE 8 DÍAS HÁBILES**, siempre y cuando la documentación esté completa.
- 7) Presentación de reclamos hasta un período de 90 días calendario contados a partir de la fecha en la que se recibió la atención medica por la que se realiza el reclamo.

GASTOS NO CUBIERTOS

- 1) Honorarios por atenciones médicas, medicinas o exámenes generales que no sean relacionados ni necesarios para el tratamiento de una enfermedad.
- 2) Exámenes de la vista, habilitación de lentes o de audífonos o cualquier tratamiento para corregir refracción visual.
- 3) Servicios suministrados por un hospital que pertenezca al Estado o en caso de estadía en un hospital en que al empleado no se le exija un pago.
- 4) Gastos médicos por tratamiento de lesiones corporales resultantes de guerra o acciones de guerra, haya sido declarada o no, insurrección, rebelión o violencia política en general, en la que el individuo asegurado haya participado voluntariamente.
- 5) Servicios de psiquiatría profesional como paciente externo, drogas o medicinas recetadas a estos; sin embargo, si un asegurado incurre en una incapacidad de esta naturaleza y es hospitalizado, está cubierto a través del plan, excepto instituciones direccionadas a esta especialidad.
- 6) Tratamiento por alcoholismo, drogadicción o toxicomanía.
- 7) Tratamiento de Fecundación In Vitro y sus complicaciones.
- 8) Pruebas para diagnóstico o tratamiento de cualquier impedimento para el aprendizaje, educación para la salud, orientación matrimonial o medicina holística y retraso del lenguaje.
- 9) Síndrome de deficiencia de la hormona del crecimiento, hiperactivismo, hiperkinesis (Excepto casos justificados para corregir un problema funcional).
- 10) Tratamientos practicados por personal técnico de la salud como obstetrices, quiroprácticos, etc., excepto si es ordenado por un médico especialista.
- 11) Tratamiento por gigantomastia o padecimientos similares y/o sus complicaciones.

- 12) Cualquier tratamiento, cirugía o programa para el control de peso; derivación o reducción gástrica.
- 13) Tratamientos para la infertilidad, reversión de esterilización masculina o femenina.
- 14) Leches Medicadas (excepto casos justificados hasta el cumplimiento del primer año de edad)
- 15) Enfermedades contagiosas que requieran cuarentena y epidemias declaradas por el Ministerio de Salud Pública.
- 16) Multivitamínicos, alérgenos y vacunas.
- 17) Medicamentos y preparados que no tengan registro sanitario y que no tengan componente curativo.
- 18) Tratamientos dermatológicos con acción cosmetológico.

PRE CERTIFICACIÓN MÉDICA

Será necesario la **Pre-Certificación Médica** para hospitalizaciones y procedimientos quirúrgicos electivos o programados y exámenes especiales de diagnóstico no rutinarios, que involucran gran tecnología, ya sea que requiera internamiento hospitalario o no. Se requerirá una Pre-Certificación al menos 4 días laborables antes de dicho tratamiento. De no cumplirse, los gastos elegibles serán reembolsables en un 50% de los cargos razonables y acostumbrados. El requerimiento **no aplica para emergencias por enfermedad o por accidente debidamente comprobadas, entendiéndose por:**

Emergencia por Accidente: Es el tratamiento de emergencia necesario para atender lesiones accidentales (suceso imprevisto, fortuito, repentino y ajeno a la voluntad del asegurado, provocado por un agente externo y que produzca daños o lesiones corporales), suministrado dentro de las 48 horas de surgido el accidente. Este beneficio se pagará según se ha contratado en la póliza, siempre y cuando las atenciones sean en la unidad de emergencia de un Centro Médico, siendo inicialmente gastos ambulatorios.

Emergencia por Enfermedad: Es el tratamiento necesario para atender dolencias o desórdenes funcionales agudos, que requieren tratamiento médico inmediato, y que ponen en riesgo la salud del asegurado. Como ejemplo se puede mencionar: Abdomen agudo, infarto de miocardio, fiebres altas, etc.

RED DE PRESTADORES MÉDICOS EN EL EXTERIOR

A TRAVÉS DE GLOBAL EXCEL

APLICA PARA ASEGURADOS CON COBERTURA MUNDIAL (PLANES GOLD Y PLATINIUM)

Para **Pan American Life** es grato informar sobre nuestra nueva Red de proveedores en el exterior; en caso de que un asegurado cubierto en un plan internacional, necesitara de tratamiento médico en el exterior, puede acceder a la atención en hospitales a través de nuestra red internacional www.globalexcel.com

Es importante tomar en consideración varios puntos para la correcta utilización y oportuna respuesta de los servicios médicos en el exterior. Por tal razón se detallan a continuación puntos que serán de mucha utilidad en el caso de requerirlo.

Contamos con el servicio de nuestro prestador GLOBAL EXCEL, una Red completa de proveedores médicos a nivel internacional, la misma que mantiene aproximadamente 750,000 proveedores.

Procedimiento para atención:

1) En caso de cirugías programadas

- 1.1) Presentar con un mínimo de tres (3) días laborables de anticipación a Pan American Life Ecuador pre autorización e información de su médico tratante sobre Diagnóstico completo
Posible cirugía y /o procedimiento
- 1.2) Historial médico proporcionado por el médico tratante local (en inglés) si está siendo tratado .
- 1.3) Datos de contacto con su médico tratante local (teléfonos y correo electrónico)
- 1.4) Fecha de viaje
- 1.5) Ciudad, estado, dirección en el exterior y persona contacto en el exterior

- Nuestro Departamento de Auditoría coordinará con su médico tratante y usted para ayudarle a seleccionar el médico y hospital más adecuado en el extranjero para su condición específica.
- Una vez seleccionado, nuestro Director Médico coordinará con el médico y hospital en los EEUU para facilitar sus aprobaciones y arreglos.
- Usted debe firmar una carta local para activar su cobertura y de condiciones de aplicación de póliza e impuestos vigentes
- Usted debe llevar su tarjeta de seguro

2) En caso de emergencia por accidente

- 2.1) Dirigirse al área de emergencia de un Hospital en U.S.A. de la Red
- 2.2) Presentar su carné o bien indicarse que es asegurado de Pan American Life Ecuador.
- 2.3) Comunicarse con nuestra central de autorizaciones locales y nuestro personal se encargará de confirmar sus coberturas y/o crédito. Teléfono: 099 821 2845 o a los correos ljordan@palig.com; icastro@palig.com; dguzman@palig.com
- 2.4) Si usted ingresa en estado crítico y no puede informar su ingreso a una clínica u hospital, debe notificarnos en cuanto pueda o a través de un contacto y previo a su salida de la institución médica, vía teléfono a Ecuador al número celular 099 821 2845 o a los correos ljordan@palig.com; icastro@palig.com; dguzman@palig.com, y nuestro equipo se encargará de coordinar el crédito internacional.

3) En caso de atención médica por consulta externa electiva

Usted debe cancelar el valor y presentar a reembolso

Para mayor información sobre los hospitales y médicos afiliados a la red en EEUU, puede visitar su **website**:

BENEFICIOS TARJETA PALIC

Para **Pan American Life** le es grato informar que la tarjeta PALIC, les ofrece los siguientes beneficios:

CREDITO HOSPITALARIO

- Aplica para hospitalizaciones, Hospital del Día y Emergencia por Accidente
- Atención 24 horas para autorizaciones a Clínicas y Hospitales
- Debe identificarse como asegurado al inicio de la atención.
- Debe completar el Formulario de Reclamación
- Crédito al 70%, dentro de nuestra Red de Proveedores (Hospitales y Clínicas)

CONVENIOS HOSPITALARIOS CON COBERTURA 90/10

- **Quito:** Novaclínica, Clínica de Especialidades del Sur, Hospital Vozandes, Clínica Pichincha
- **Guayaquil:** Clínica Panamericana, Clínica Alborada

PALIGMED

- Requisitos para tener acceso a este convenio:
 - a) Identificarse con la Tarjeta Palic y Cédula de Identidad.
 - b) **Atención con médico de la Clínica que se encuentra en convenio (listados que se proporcionan y se actualizan permanentemente)**

CREDITO AMBULATORIO RED PALIGMED

- Al atenderse en la Red Ambulatoria PALIGMED, el asegurado cancela únicamente el valor de su copago (20%) en cualquier tipo de atención que el Centro brinde.
- En la Red PALIGMED no aplica deducible.
- Aplica también para la Cadena de farmacias Pharmacys.

COBERTURA PLAN DENTAL

Procedimientos	Nivel	Diferencial	Carencia
Examen clínico y diagnóstico	100%	0%	-
<i>Evaluación del estado de salud del paciente</i>			
Rayos-X (Periapicales)	100%	0%	-
<i>Radiografía de cada pieza dental</i>			
Profilaxis (Limpieza bucal)	100%	0%	-
<i>Eliminación de la placa dental</i>			
Educación para la higiene bucal	100%	0%	-
<i>Enseñanza de un correcto cepillado e higiene bucal</i>			
Consulta con especialista	100%	0%	-
<i>Para determinar otro tipo de alteraciones</i>			
Fluorización (Para menores de 15 años)	100%	0%	-
<i>Aplicación de fluor para fortalecer los dientes</i>			

RESTAURACIONES	NIVEL	DIFERENCIA	CARENCIA
Restauración simple de amalgama	100%	0%	--
<i>calza ploma pequeña</i>			
Restauración compuesta de amalgama	100%	0%	--
<i>calza ploma mediana</i>			
Restauración compleja de amalgama	100%	0%	--
<i>calza ploma grande</i>			
Restauración simple de resina	100%	0%	1 mes

URGENCIAS	NIVEL	DIFERENCIA	CARENCIA
Avulsión	100%	0%	--
<i>Perdida total traumática del diente</i>			
Eliminación de caries	100%	0%	--
<i>limpieza total de la pieza afectada</i>			
Eliminación de contacto prematuro	100%	0%	--
<i>Desgaste selectivo de la superficie dentaria</i>			
Extrusión	100%	0%	--
<i>Salida de una pieza dentaria en busca de su antagonista</i>			
Fractura dentaria	100%	0%	--
<i>Ruptura de diente</i>			
Intrusión	100%	0%	--

<i>Ingreso de un diente en el hueso</i>			
Medicación en caso de dolor muscular	100%	0%	--
<i>prescripción de medicina</i>			
Recubrimiento pulpar directo	100%	0%	--
<i>Proteccion del nervio herido</i>			

Descuento en blanqueamiento Dental	Valor a pagar en la Clínica	P.V.P
<i>Procedimiento en el cual se blanquean los dientes</i>	\$ 100,00	\$ 278,00

Para hacer uso de los beneficios del Plan Dental, debe comunicarse con los siguientes números:

Cita Médica: Call Center TELF: (02) 5107100

Emergencia: 0999539586 Doctora Rocio Coral

0980644889 Doctora Pamela Jácome

DESCUENTOS VISUALES

Los Asegurados pueden acceder a descuentos en los siguientes centros oftalmológicos:

QUITO

Clinivisión	Gregorio de Bobadilla N38-65 y Villalengua	227-5674
Clínica Oftálmica	Versalles 731 y Pérez Guerrero 2544-610	254-4610 254-4609
Metroláser	Av. Mariana de Jesús y Nicolás Arteta CM Meditropoli, planta baja	2269357 2269030 ext.2709
GUAYAQUIL		
Humana Visión	Panamá 616 y Roca. Consultorio 301.	230-3573
Clínica Varas-Samaniego	Av. Abel Romeo Castillo y Juan Tanca Marengo OMNIHOSPITAL Torre Médica 1. 2o.piso	228-8633 210-9155
Dr. Francisco Rivera	Cl. Kennedy Policentro Sección Delta Sótano Cons. 12	239-1045 239-1035

CONVENIO REHABILITACION

Medical Track en Quito brinda a los asegurados de Pan American Life Ins. Co. servicios de rehabilitación a costos especiales, bajo prescripción médica y según condiciones de la póliza, además del descuento especial en otros servicios sin cobertura.

El convenio de rehabilitación brinda atención de óptima calidad tanto al titular como a sus dependientes previa cita:

SERVICIOS CON COBERTURA

- Rehabilitación traumatológica
- Rehabilitación cardiaca
- Rehabilitación respiratoria
- Rehabilitación neurológica
- Rehabilitación Física Domiciliaria

SERVICIOS CON DESCUENTO

- Psicoprofilaxis de Parto
- Masaje Terapéutico
- Gimnasia Activa
- Nutrición

Nota: Los beneficios cubiertos se manejarán bajo reembolso