



**Admuni Fondos**  
Administradora Municipal de Fondos y Fideicomiso S.A



**LA NUEVA  
CIUDAD**

**Mejoramos la  
cobertura  
de tu plan para  
ofrecerte  
un mejor servicio**



**Contigo**





# COBERTURAS



**Admunifondos**  
Administradora Municipal de Fondos y Fideicomisos S.A



**LA NUEVA  
CIUDAD**



# MEJORAMOS TU COBERTURA AMBULATORIA

COBERTURA	
Cobertura por incapacidad por persona	\$ 2,000.00
Enfermedades preexistentes	Se cubren como cualquier incapacidad. El periodo de carencia es cubierto a partir del mes 13 sublimitados a \$800 y a partir del mes 25 hasta el límite máximo del contrato (\$2000).
Deducible Anual por Persona	\$ 60.00
Red de Prestadores	Silver

## IMPORTANTE:

**Enfermedades Preexistentes:** cubierto a partir del mes 13 sublimitados a \$800 y a partir del mes 25 hasta el límite máximo del contrato (\$2000).

**Atenciones Ambulatorias no Preexistente:** 30 días.



**AdmuniFondos**  
Administradora Municipal de Fondos y Fideicomisos S.A



LA NUEVA  
CIUDAD





## COBERTURAS AMBULATORIAS

Copago	30%
Tope de Consulta	\$ 35.00
Medicinas	Dentro y fuera de la red al 70%
	Retiro de medicinas en Fybeca y Sana Sana mediante crédito hasta \$30 mensuales por diagnóstico, en caso de superar dicho valor aplica bajo la modalidad de reembolso.
Hasta 10 ODA ( Atención en consultorios médicos)	\$10 (Grupo Familiar)



### CONCEPTOS IMPORTANTES:

**Ambulatoria:** Cualquier gasto que se genera, mientras no estas ingresado en un hospital. Ejemplo: gastos de medicinas, exámenes, imágenes entre otros.

**Copago:** El porcentaje con que el asegurado coopera dentro de un gasto ambulatorio.





## ASPECTOS IMPORTANTES

<p>¿Qué documentos se necesita para un nuevo afiliado?</p>	<p>Solicitud de enrolamiento Copia de cédula de ciudadanía del titular y dependientes</p>
<p>¿Quiénes son Dependientes?</p>	<p>Cónyuge o Conviviente,  hijo (a)  hijastro (a)  <b>(*Máximo 4 dependientes)</b></p>



**IMPORTANTE:**

Para cancelación de programa se deberá presentar carta debidamente diligenciada por el titular solicitando la cancelación del programa y copia de cédula del titular





TITULAR SOLO:

**\$30,57**  
mensual  
INCLUIDO IMPUESTOS

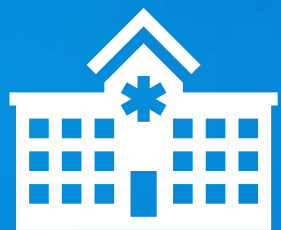
TITULAR + 1:

**\$61,14**  
mensual  
INCLUIDO IMPUESTOS

TITULAR + FAMILIA

**\$88,65**  
mensual  
INCLUIDO IMPUESTOS





# CLÍNICAS Y CENTROS MÉDICOS



**Admunifondos**  
Administradora Municipal de Fondos y Fideicomisos S.A



**LA NUEVA  
CIUDAD**



Podrás acceder a citas médicas en los centros médicos ambulatorios abajo detallados. El proceso será el siguiente:

- Reservar tu cita médica vía telefónica
- Cancelar en el centro médico el Fee de consulta.

Recuerda presentarte con 20 minutos de anticipación a la hora de tú cita y presentar tu cedula de identidad

PRESTADOR MÉDICO	CIUDAD	CONTACTO
<b>MEDIGLOBAL</b>	Guayaquil	(04) 373 1395
<b>MEDILINK</b>	Guayaquil Babahoyo Quito	(04) 381 1810 (05) 202 1760 (02) 382 6000
<b>INTEGRAMED</b>	Quito	(02) 255 7000
<b>RED MEDICA</b>	Cuenca	(07) 288 1008 - (07) 288 8168





# CENTROS MÉDICOS



## PROCESO A SEGUIR PARA LA RESERVACIÓN DE CITAS MÉDICAS:



1. Números Red Ambulatoria



2. Llamar al Centro Médico de elección



3. Acudir 20 minutos antes de la cita.



4. Cancelar el valor de la Consulta de acuerdo a tu red.



**Admuni Fondos**  
Administradora Municipal de Fondos y Fideicomisos S.A



**LA NUEVA  
CIUDAD**



# FEE CENTROS MÉDICOS AMBULATORIOS

PROVEEDOR	FEE
MEDILINK	\$ 6.00
MEDIGLOBAL	\$ 6.00
RED MEDICA	\$ 6.00
INTEGRAMED	\$ 6.00



## IMPORTANTE:

Aplica posterior a sus carencias

En caso que se deriven ordenes de exámenes básicos o complejos el afiliado deberá entregar la orden en el centro médico una vez haya culminado su cita, para que estos puedan ser coordinados con la aseguradora.



**Admunifondos**  
Administradora Municipal de Fondos y Fideicomisos S.A



**LA NUEVA  
CIUDAD**




## CONSULTAS MÉDICAS CON ESPECIALISTAS DE LA RED

- 1.- Revisar en la página de Latina Salud los médicos afiliados a la red silver (iconos plateados).

Emergencias Hospitalarias al: **1800-LATISALUD (528472)**

 Red Gold

 Red Silver

**CONTACTO:** DIRECTO



- 2.- El afiliado llama al consultorio médico a gestionar la cita.

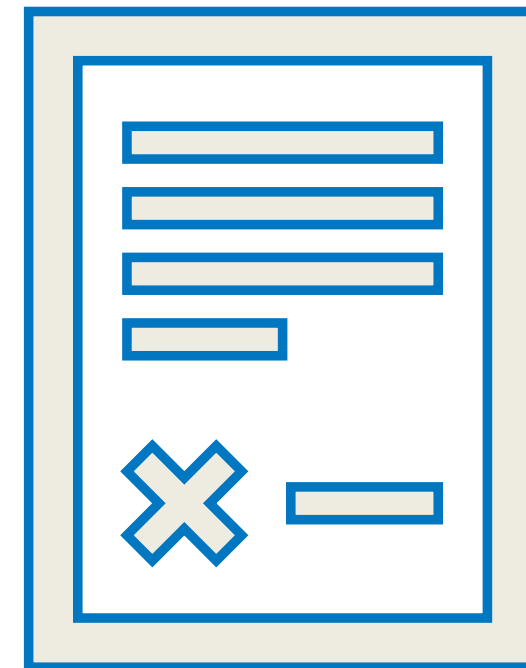
- 3.- Comunicar a la Ejecutiva de Cuenta, la fecha, hora, nombre del médico, nombre del paciente para solicitar la ODA, la misma será remitida vía correo electrónico al afiliado.

- 4.- Cancelar el costo por el valor de la consulta en el momento de la atención.

- 5.- Las ODA, tienen una validez de 48 horas posterior a la fecha de emisión.

- 6.- Exámenes, medicinas, procedimientos que se deriven de la consulta deberán ser tramitados vía reembolso.

- 7.- En caso de no poder acudir a la ODA deberá ser notificado vía correo electrónico a la ejecutiva de cuenta



### IMPORTANTE:

Página Web Latina Salud: [www.latinasalud.com.ec](http://www.latinasalud.com.ec)



**Admunifondos**  
Administradora Municipal de Fondos y Fideicomisos S.A



**LA NUEVA  
CIUDAD**



# EMERGENCIAS MÉDICAS



**Admunifondos**  
Administradora Municipal de Fondos y Fideicomisos S.A



**LA NUEVA  
CIUDAD**






# EMERGENCIA MÉDICA

**Emergencia por Accidente:** Beneficio aplicable a un evento violento, súbito, fortuito, imprevisto, causado por un agente externo y que NO esté relacionado a una ENFERMEDAD.

Cobertura del 100% por **accidente**, hasta \$ **200**; el excedente se cubrirá como cualquier incapacidad. Hasta monto máximo por incapacidad, copago y deducible establecido



# EMERGENCIA

 <b>SERVICIO MÉDICO DOMICILIARIO POR:</b>	
<b>Emergencia</b>	Situación crítica de riesgo vital inminente.
<b>Urgencia</b>	Situación donde no existe riesgo inminente de muerte, pero se requiere asistencia médica en un lapso reducido de tiempo según la condición, para evitar complicaciones mayores.
<b>Coordinación de Servicio</b>	<b>1800-528472 (Latina)</b>



## IMPORTANTE:

En caso de alguna emergencia en donde este en riesgo la vida del paciente, llamar al 911 o a la ambulancia de los Bomberos.



**Admunifondos**  
Administradora Municipal de Fondos y Fideicomisos S.A



**LA NUEVA  
CIUDAD**





# BENEFICIOS ADICIONALES



**Admunifondos**  
Administradora Municipal de Fondos y Fideicomisos S.A



**LA NUEVA  
CIUDAD**





## OTRAS COBERTURAS

Ayudas Técnicas, Alquiler de Prótesis No Dental, Equipo Médico Duradero y Ortesis (Anual) Hasta	<b>US\$ 30</b>
Prótesis y/o Endo-Prótesis Quirúrgicamente Necesaria (Anual) Hasta	<b>US\$ 300</b>
Prótesis y/o Endo-Prótesis Quirúrgicamente Necesaria a Consecuencia de Enfermedades Catastróficas (Anual) Hasta	<b>US\$ 1.500</b>
Cuidados Paliativos domiciliarios 30 días (Diario) Hasta	<b>US\$ 20</b>
Fórmulas Alimenticias Medicadas (Anual) Hasta	<b>US\$ 60</b>
Trastornos de Desarrollo Psicomotor (Anual) Hasta	<b>US\$ 60</b>
Pruebas De Sensibilidad y Tratamientos Inmunológicos (Anual) Hasta	<b>US\$ 60</b>
Alquiler de Equipos para Monitoreo e Infusión de Medicamentos (Anual) Hasta	<b>US\$ 50</b>

### NOTA IMPORTANTE:

Todos los beneficios adicionales, se deberán notificar al ejecutivo de siniestros y aplica bajo reembolso.







## OTRAS COBERTURAS

Cobertura de Medicina Natural (Anual) Hasta	US\$ 80
Vitaminas y Minerales (Anual) Hasta	US\$ 40
Métodos Anticonceptivos (Anual) Hasta	US\$ 20
Audífonos (Sub limite anual hasta)	US\$ 80
Plantillas Ortopédicas (Sub limite anual hasta)	US\$ 30
Cristales Ópticos (Sub limite anual hasta)	US\$ 20
Alquiler de Silla de Rueda y Muletas (Sub limite anual hasta)	US\$ 100
Consultas Psicológicas y Psiquiátricas (Sub limite anual hasta)	US\$ 30



### NOTA IMPORTANTE:

Todos los beneficios adicionales, se deberán notificar al ejecutivo de siniestro y aplica bajo reembolso.



## OTRAS COBERTURAS

Zapatos Ortopédicos (Sub limite anual)	US\$ 50
Medias Elásticas (Sub limite anual hasta)	US\$ 30
Exámen Prostático (Sub limite anual hasta)	US\$ 40
Terapia de Lenguaje (Sub limite anual hasta)	US\$ 70
Sepelio para dependientes por muerte accidental (al 100%)	US\$ 300



### NOTA IMPORTANTE:

Todos los beneficios adicionales, se deberán notificar al ejecutivo de siniestro y aplica bajo reembolso.



# PROCESO DE REEMBOLSO



**Admunifondos**  
Administradora Municipal de Fondos y Fideicomisos S.A



Alcaldía Guayaquil

LA NUEVA  
CIUDAD



# PROCESO DE RECLAMO POR REEMBOLSO - GENERALIDADES:

## FORMULARIO

- Debidamente lleno
- Diagnóstico
- Firma y sello del médico

## FACTURAS - ORIGINALES

- Cumpliendo requisitos del SRI
- Si es Electrónica imprimir el RIDE o PDF
- Factura manual mismo color de tinta, sin enmendadura, ni tachones o mutiladas.
- Datos personales del paciente legibles.

## DOCUMENTOS ADICIONALES

- Al formulario de reembolso se deberá adjuntar todos los soportes, según sea el caso; tales como órdenes de exámenes (laboratorio/ imágenes), resultados, e informes en caso de radiografía e historia clínica.

### NOTA IMPORTANTE:

**Período para presentación de reclamos:** 90 días desde su emisión; la liquidación del mismo se realiza en 10 días hábiles y la forma de pago se realizará mediante cheque.

**Documentación:** Luego de que nuestra ejecutiva de reclamos confirme que toda la documentación está completa, El afiliado deberá entregar la documentación original para su reembolso en las oficinas de Latina Salud.



CÓMO PRESENTAR UN  
RECLAMO



AdmuniFondos  
Administradora Municipal de Fondos y Fideicomisos S.A.



LA NUEVA  
CIUDAD





# SOLICITUD DE REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS

Formulario  
Reclamación de servicios



Contigo

## Datos del Afiliado

Contratante	<input type="text"/>	Contrato No.	<input type="text"/>
Titular	<input type="text"/>	ID.	<input type="text"/>
Paciente	<input type="text"/>	Certificado No.	<input type="text"/>
Parentesco	<input type="text"/>	Sexo	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
		Edad	<input type="text"/>
		Teléfono	<input type="text"/>

## Detalle de la incapacidad

Enfermedad	Datos del médico tratante	Quando empezó
<input type="text"/>	<input type="text"/>	D <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/>

¿Ha sido hospitalizado anteriormente por esta dolencia? SI  No  ¿Cuándo? D  M  A

Descripción en caso de accidente. (Por favor incluya lugar y fechas)

Por este medio certifico que las respuestas que anteceden son verdícas y cabales, según mi leal saber y entender, y autorizo a los médicos y clínicas para que suministren a Latina Salud CIA de Medicina Prepagada S.A., cualquier información, incluyendo copias exactas de sus archivos pertenecientes a este reclamo.

## Detalle de documentos

	Cant. Soportes	Valor	
Consulta externa	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Atención Ambulatoria <input type="checkbox"/> Hospitalaria <input type="checkbox"/>
Laboratorio clínico	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Imágenes	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Medicinas	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Procedimientos ambulatorios	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Hospitalización y cirugía	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Valor total	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

Al reclamo se deben adjuntar facturas ORIGINALES de honorarios médicos, laboratorios y centros de imagen, farmacia, pedido de exámenes y copias de los resultados y receta medica. En caso de ser un gasto hospitalario se adjuntarán facturas de hospital o clínica con todos los soportes de los gastos desglosados, factura de honorarios médicos, historia clínica, record operatorio, resultados de exámenes de laboratorio e imagen. Las facturas deben estar a nombre del titular o cónyuge, no se aceptarán facturas a nombre de consumidor final.

## Para ser llenado por el médico tratante

Paciente	<input type="text"/>	Sexo	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Edad	<input type="text"/>
Diagnóstico Actual	<input type="text"/>				
Favor indicar tratamiento u operación	<input type="text"/>	Favor indicar exámenes de laboratorio, rayos X y ayudas diagnósticas	<input type="text"/>		
Código de procedimiento	<input type="text"/>	Observaciones	<input type="text"/>		
Firma y sello médico	<input type="text"/>	Firma del asegurado titular	<input type="text"/>		
		Lugar y fecha	<input type="text"/>		

Llenar nombre del titular, cédula y detallar el paciente, diagnóstico.

La actualización de datos, deberá ser completada únicamente si has cambiado tu cuenta bancaria.



Admunifondos  
Administradora Municipal de Fondos y Fideicomisos S.A.



LA NUEVA  
CIUDAD



# PROCESO DE RECLAMO POR REEMBOLSO

## DATOS DE LA FACTURA:

Nombre y Número de Cédula del titular

No se aceptan facturas como "CONSUMIDOR FINAL"

CRUZ AZUL GYE 29 Y GALAPAGOS  
EQUAFARMACIAS & ASOCIADOS S.A.  
LA 29 #3001 Y GALAPAGOS -EC  
MATRIZ: Urb. Ciudad Colón, Mz. 275 Solar  
5 Etapa Tres Edif. Corporativo Una Piso  
4 Ofic 423  
R#: 31209002001 CB009  
Resolución Especial Resolución  
a393 Agosto-10/2004  
Aut. SRI No. 1111524860 Válido del  
16/06/2012 al 16/06/2015  
UG009C:masclass: Cod. Off.:258431  
FACTURA : 072-032-000094667  
05/11/2012 10:58:16

----- CLIENTE -----  
EQUIO ALBERTO SUAREZ MONTEROS  
RUC/CI:0914227442 (1092264) Fonno:668635  
Dirreco:CALLE 35 Y CALLE DON PARRA

----- PRODUCTOS -----

Cant.	Description	IVA Lab.	P.V.P.	Cruz Azul	Total
2f	PREDNICORTEN TABx50MGx30				
30	58.3700	51.2367			3.4198

-----

VALOR BRUTO:	3.76
DESCUENTO:	0.34
-----	-----
BASE TARIFA IVA 0%:	3.42
BASE TARIFA IVA 12%:	0.00
SUBTOTAL:	3.42
IVA 12%:	0.00
TOTAL:	3.42
-----	-----
PAGO	-----
EFE:	3.42
CAMBIO:	6.56

-----

ORIGINAL CLIENTE  
Cambio de productos hasta 7 días de la  
fecha de compra, presentando factura  
original en el local que lo adquirió.

Revisar que la factura este vigente y tenga autorización del SRI

Siempre facturas originales, solo se aceptan copias de facturas en casos de coordinación de beneficios

# CONOCE AL EQUIPO QUE ESTARÁ JUNTO A TI PARA ATENDER TODOS TUS REQUERIMIENTOS



Nuestra ejecutiva Ingrid Albuja atenderá sus consultas sobre el uso de su póliza de Asistencia Médica y receiptaremos sus reembolsos.

## Ejecutiva de Cuenta

✉ [admunifondos@gilbertybolona.com](mailto:admunifondos@gilbertybolona.com)

📞 0982673452 - (04) 463-3383



**Admunifondos**  
Administradora Municipal de Fondos y Fideicomisos S.A



LA NUEVA  
CIUDAD





**Admuni Fondos**  
Administradora Municipal de Fondos y Fideicomisos S.A.



*Alcaldía Guayaquil*

LA NUEVA  
CIUDAD

**Latina**  
SALUD

