

GUÍA DE USO

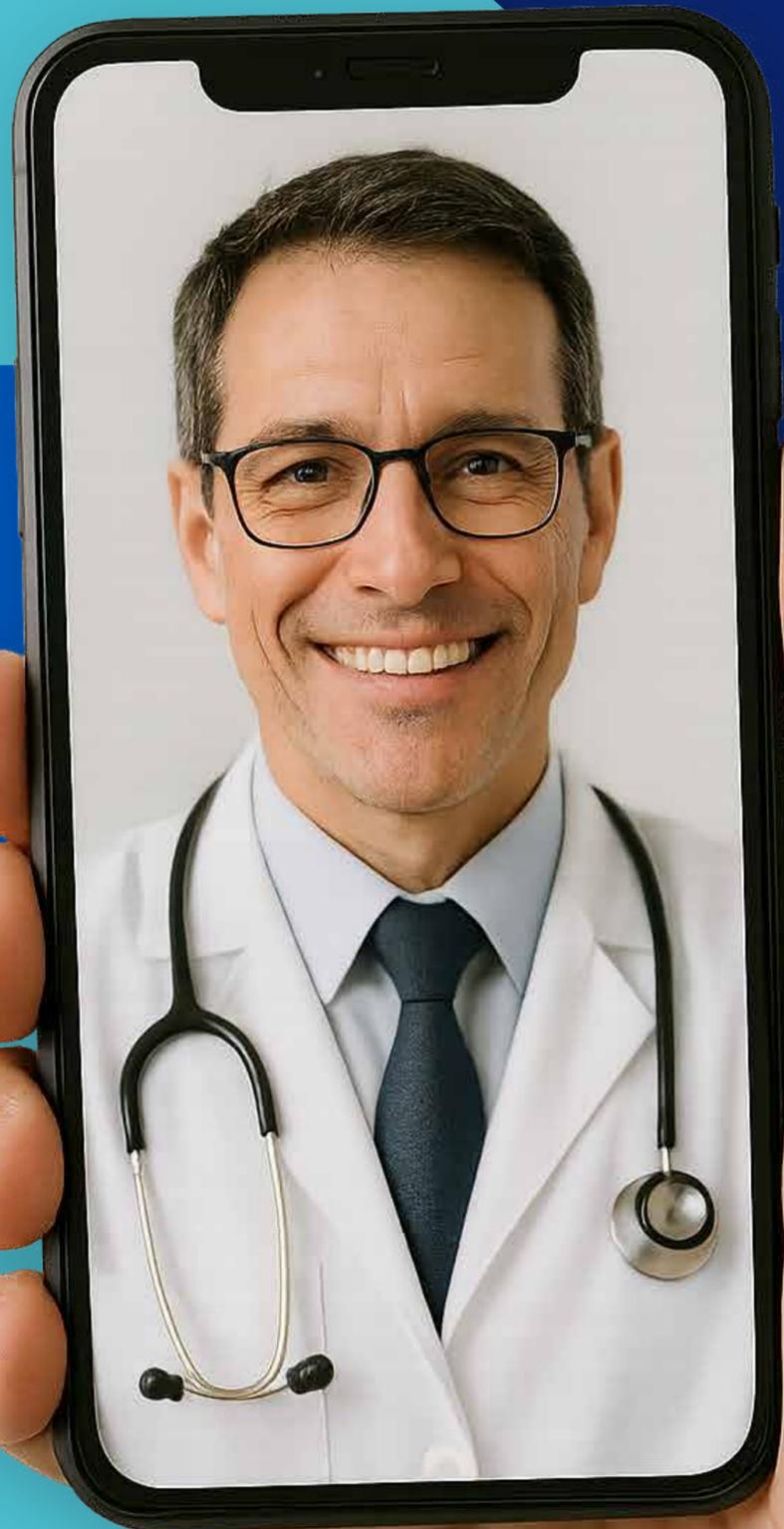
PLAN DE
ASISTENCIA
MÉDICA

Cómo acceder a nuestros **Beneficios exclusivos**

Médico en Línea

**Atención
inmediata**
¡sin tiempos de espera!

100% Cobertura

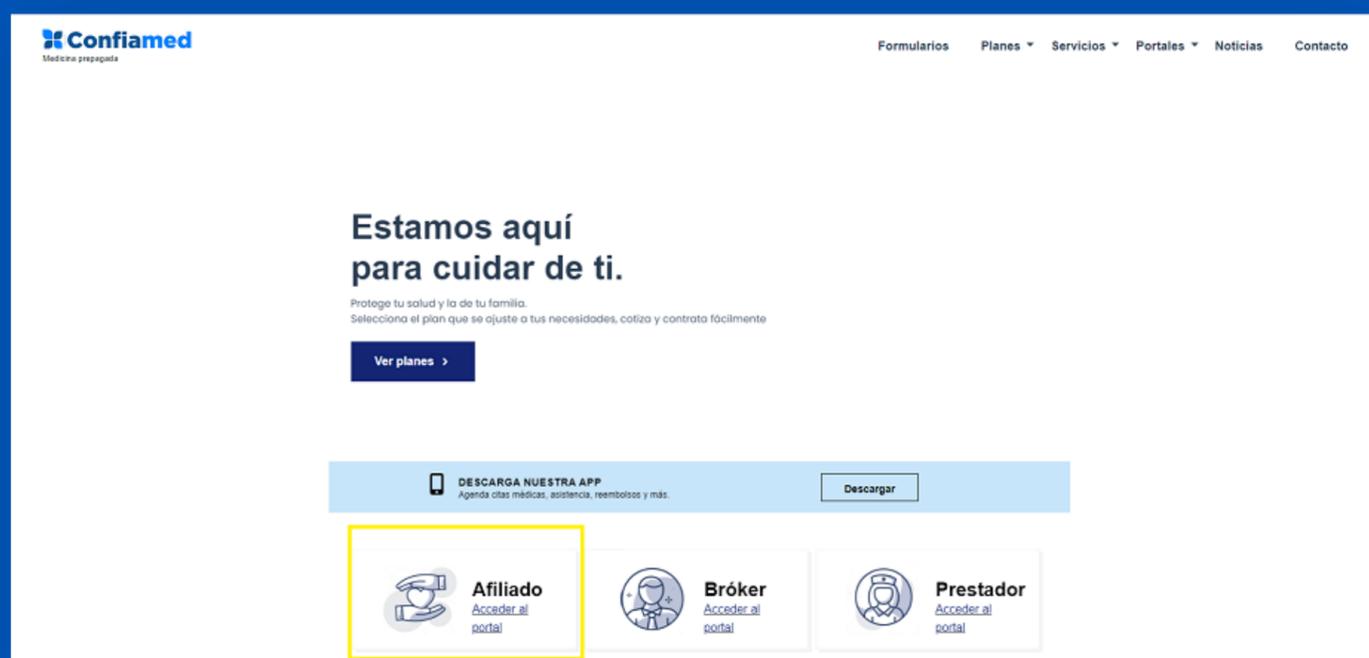


¿Cómo solicitar **EL SERVICIO?**



Portal del afiliado

1.- Se ingresa por medio de: www.confiamed.com
Para luego seleccionar acceso portal del afiliado



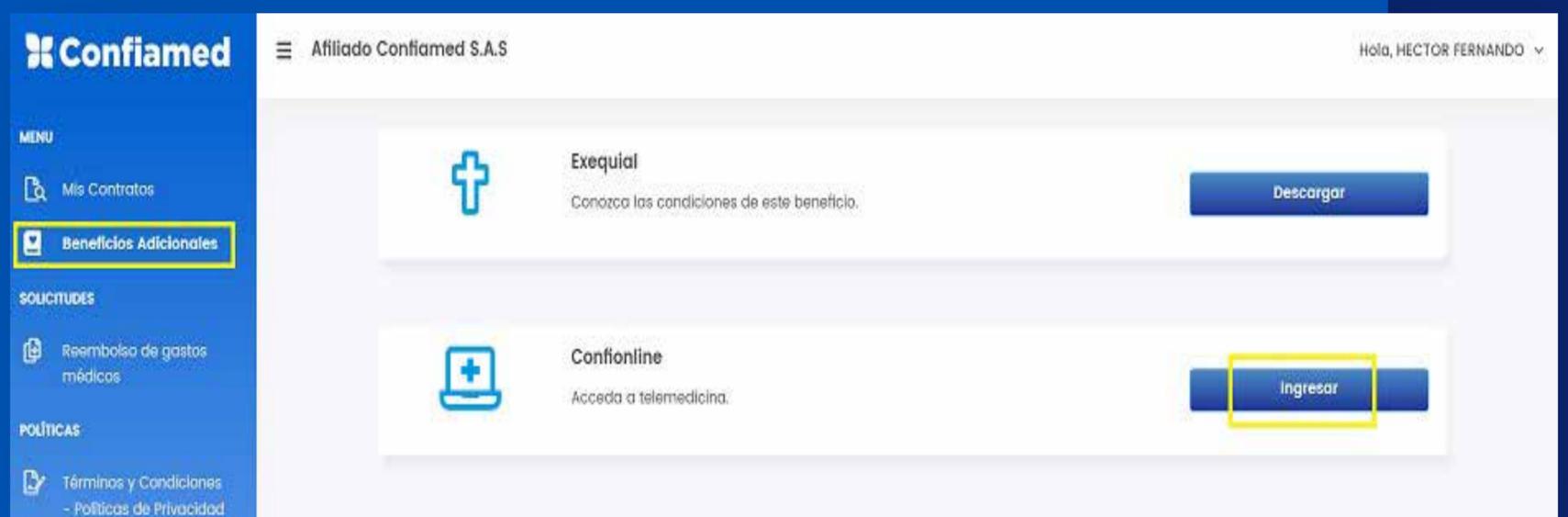
➤ Link del portal del afiliado: **Portal del Afiliado Confiamed.**

Usuario: 1717476707

Contraseña: Confiamed.123

Portal del afiliado

2.- Seleccionamos la opción: **Médico en Línea**, previamente ingresando las credenciales del cliente como el usuario y contraseña



- Seleccionamos el ítem de **Beneficios Adicionales**
- Damos clic en **Ingresar**

APP Confiamed



APP Confiamed

3.- Se coloca **Número de Titular del Contrato**

Confiamed

Iniciar una atención médica

C.I o Pasaporte del Titular

Enviar



APP Confiamed

4.- Seleccionamos al paciente y confirmamos datos

¿Para quién es la atención? ×

RAMIREZ MAZA HECTOR FERNANDO ● MASIVO GRUPO	Iniciar
GARCIA AYALA JENNIFER LEANDRA ● Corporativo Grupo Pichincha	Iniciar
RAMIREZ GARCIA NOAH FERNANDO ● Corporativo Grupo Pichincha	Iniciar
RAMIREZ MAZA HECTOR FERNANDO ● Corporativo Grupo Pichincha	Iniciar

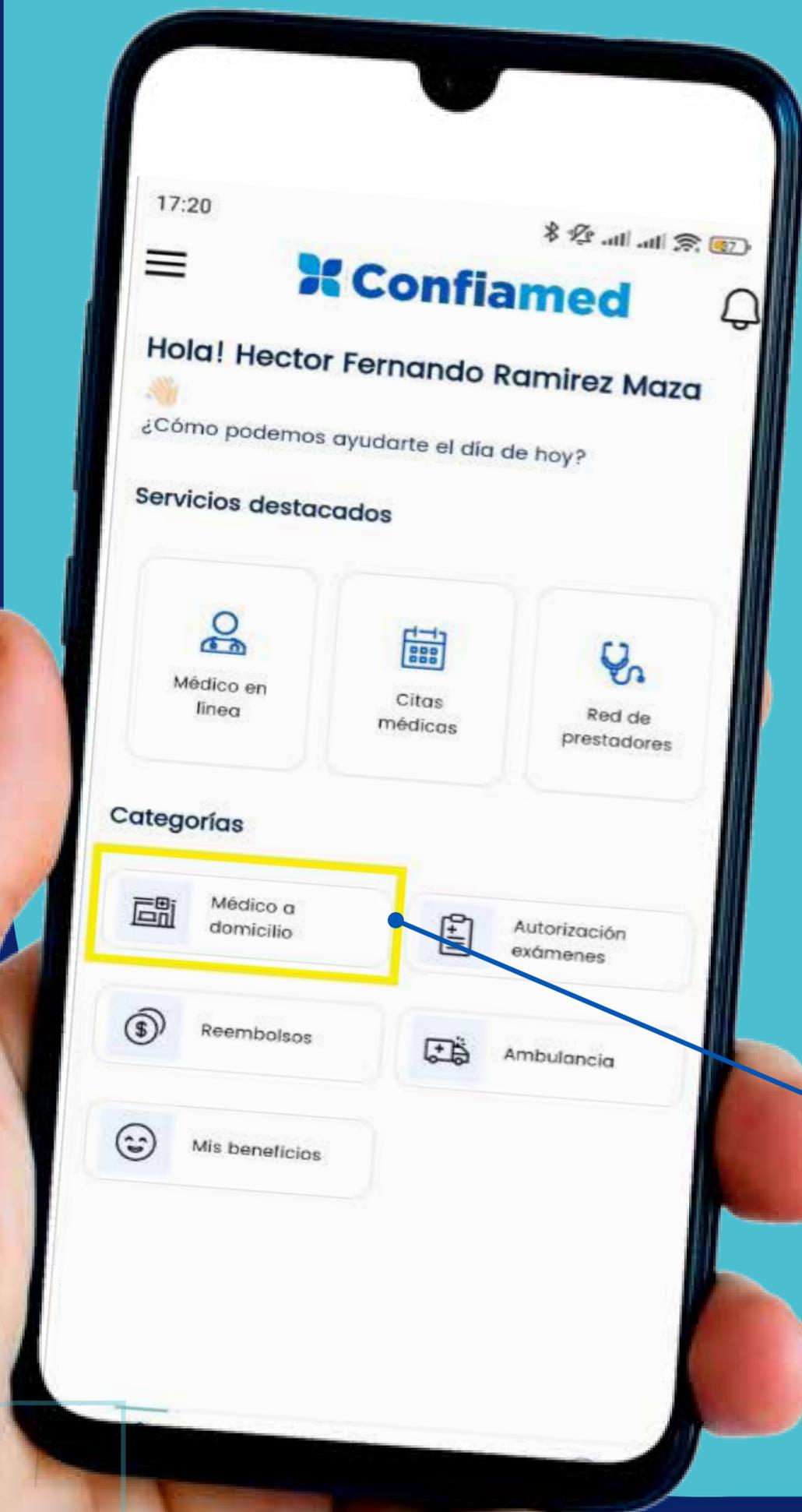


APP Confiamed

5.- Se da clic en el **tipo de atención que buscamos**



Médico a Domicilio



1.- Se puede solicitar el beneficio POR nuestro contact center

➤ **LLAMANDO A NÚMERO DE CONTACTO : 1700 - 303030 OPC. 2**

2.- Se puede acceder mediante APP: previamente ingresando Credenciales del cliente como el usuario y contraseña

➤ **Seleccionamos el ítem MÉDICO A DOMICILIO**

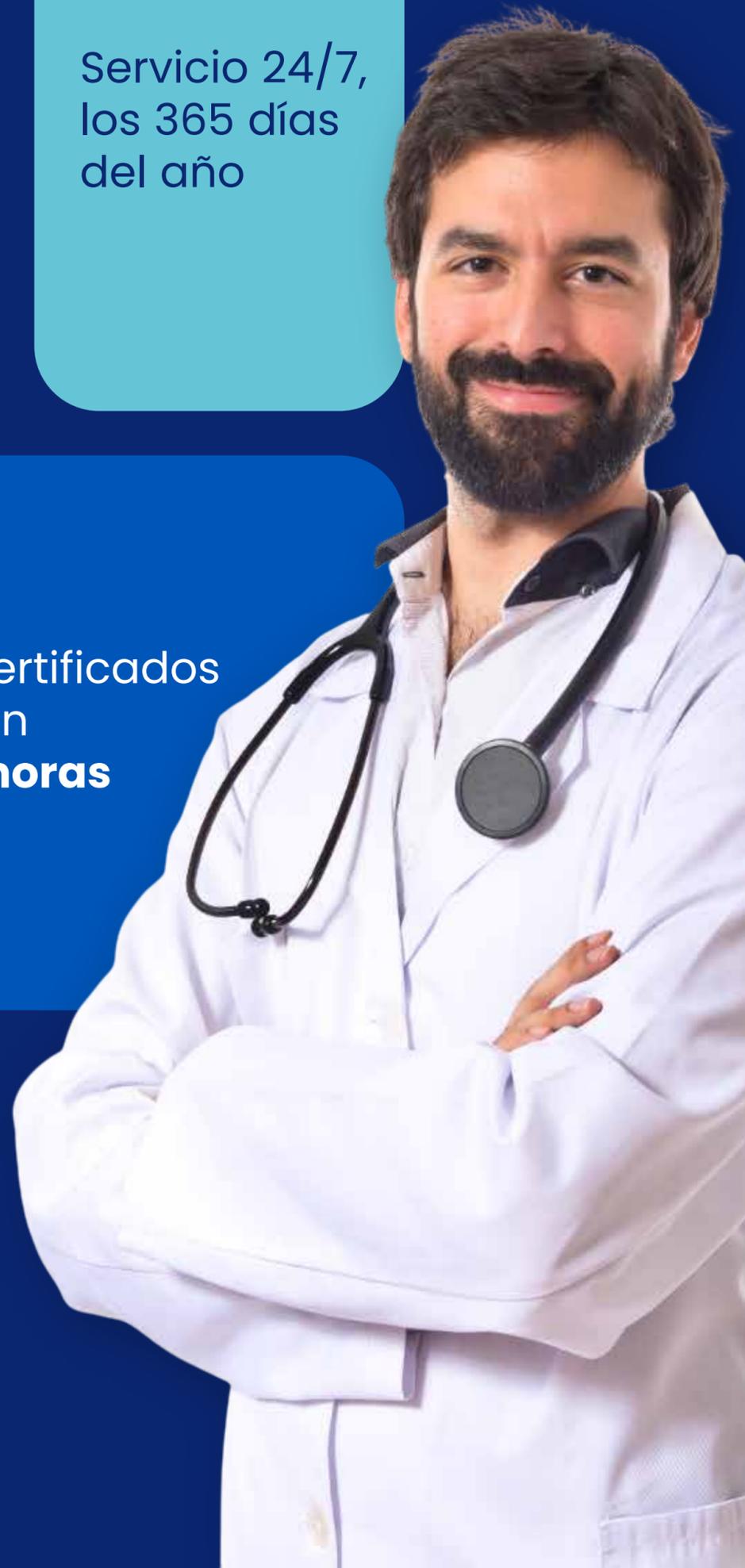
Médico a Domicilio

Copago de
\$10.00

Servicio 24/7,
los 365 días
del año

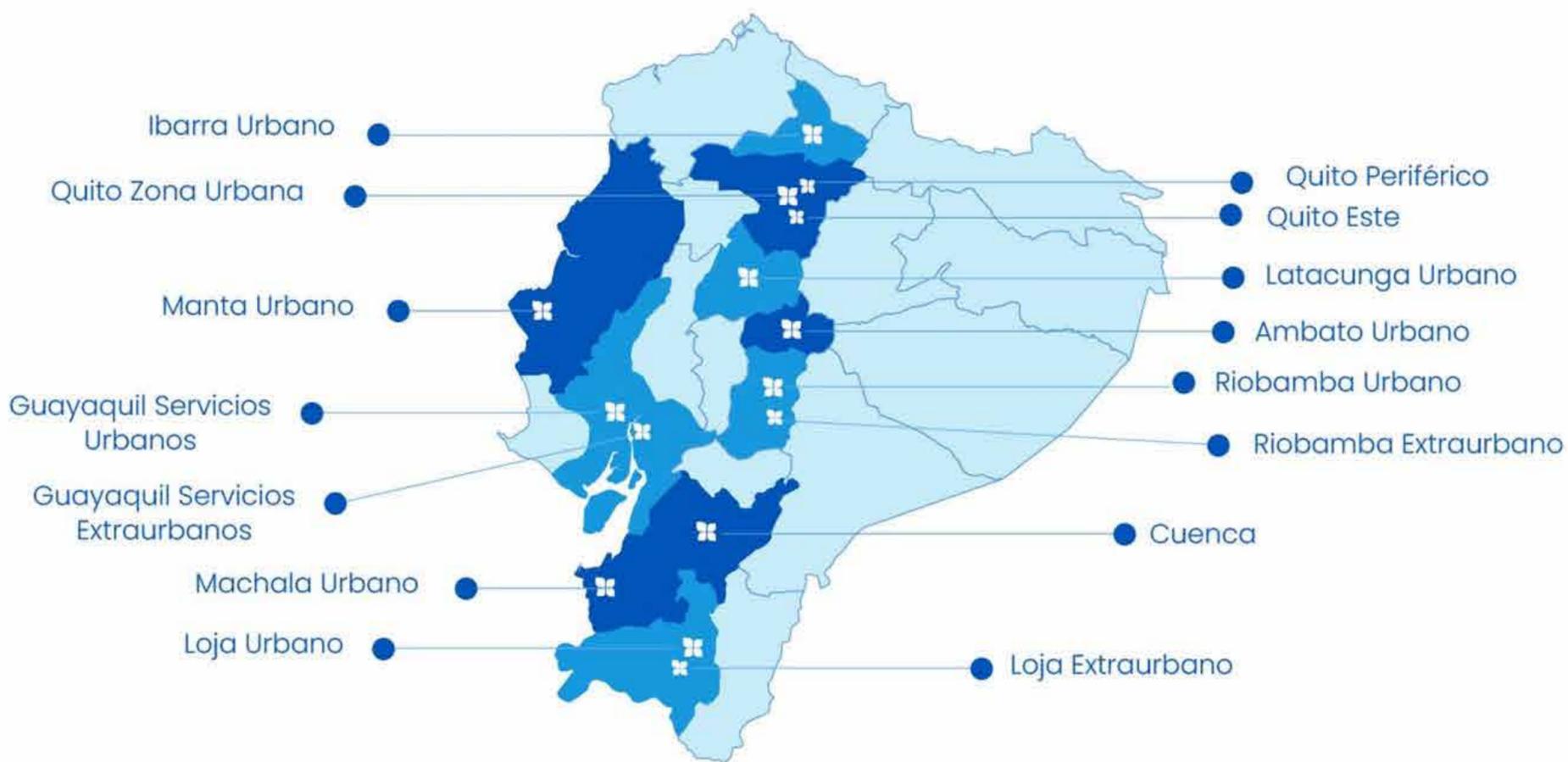
El médico
puede emitir
**pedidos de
exámenes y
recetas**

Médico emite certificados
de reposo por un
máximo de 24 horas



Médico a Domicilio

PERÍMETRO de cobertura



Confitravel

Asistencia al Viajero



SERVICIO DE ASISTENCIA

- Para viajes al exterior
- Cobertura de €40.000 en Europa y \$40.000 resto del mundo
- Viajes de máximo 30 días



EMISIÓN DE VOUCHER PARA EL VIAJERO O CERTIFICADO VISA SCHENGEN

- Emisión mediante el Portal del broker
- El afiliado puede generar la emisión desde la App de Confiamed



CASO DE EMERGENCIA

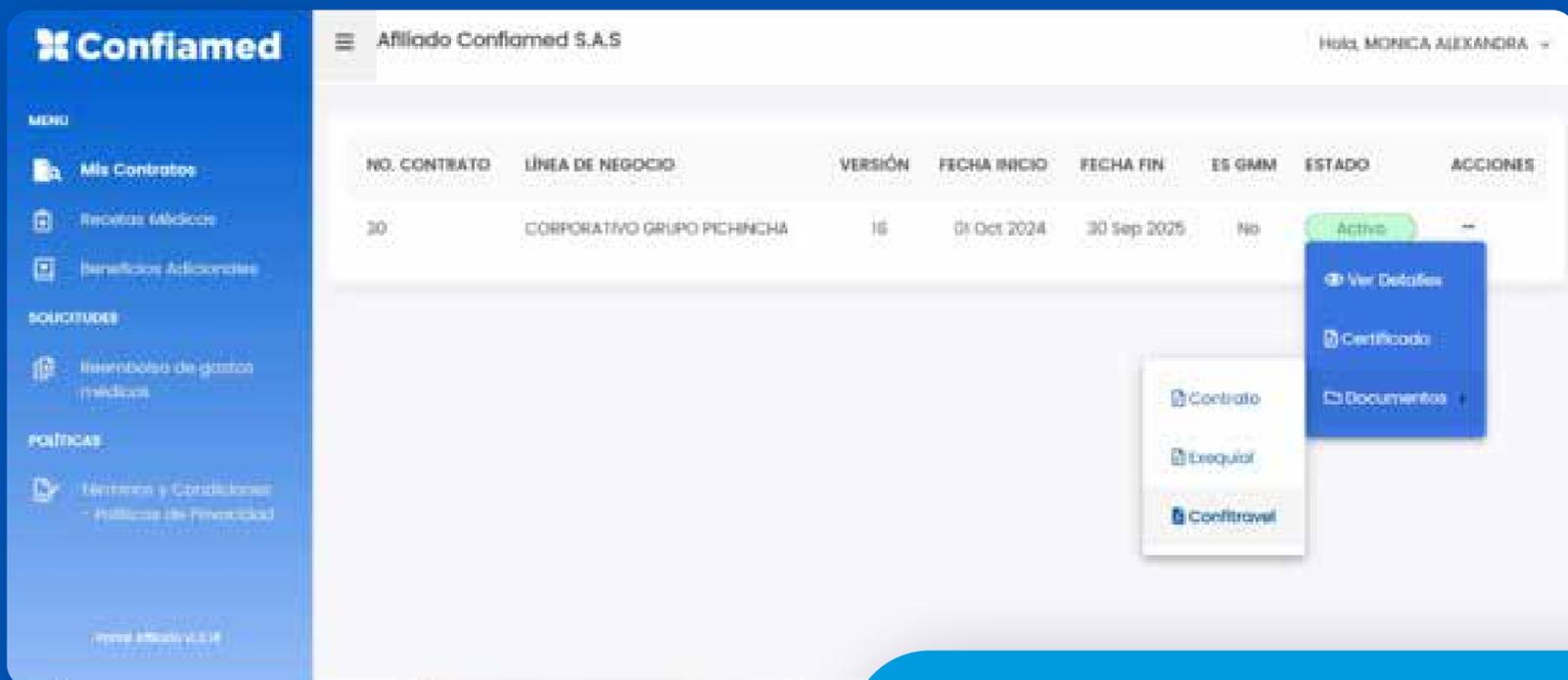
- Comunicarse 24/7, 365 días del año al número detallado en el voucher. Beneficio no aplica vía reembolso

- Beneficio válido hasta los 85 años, 11 meses, 29 días
- Cobertura para preexistencias en caso de emergencias: \$500

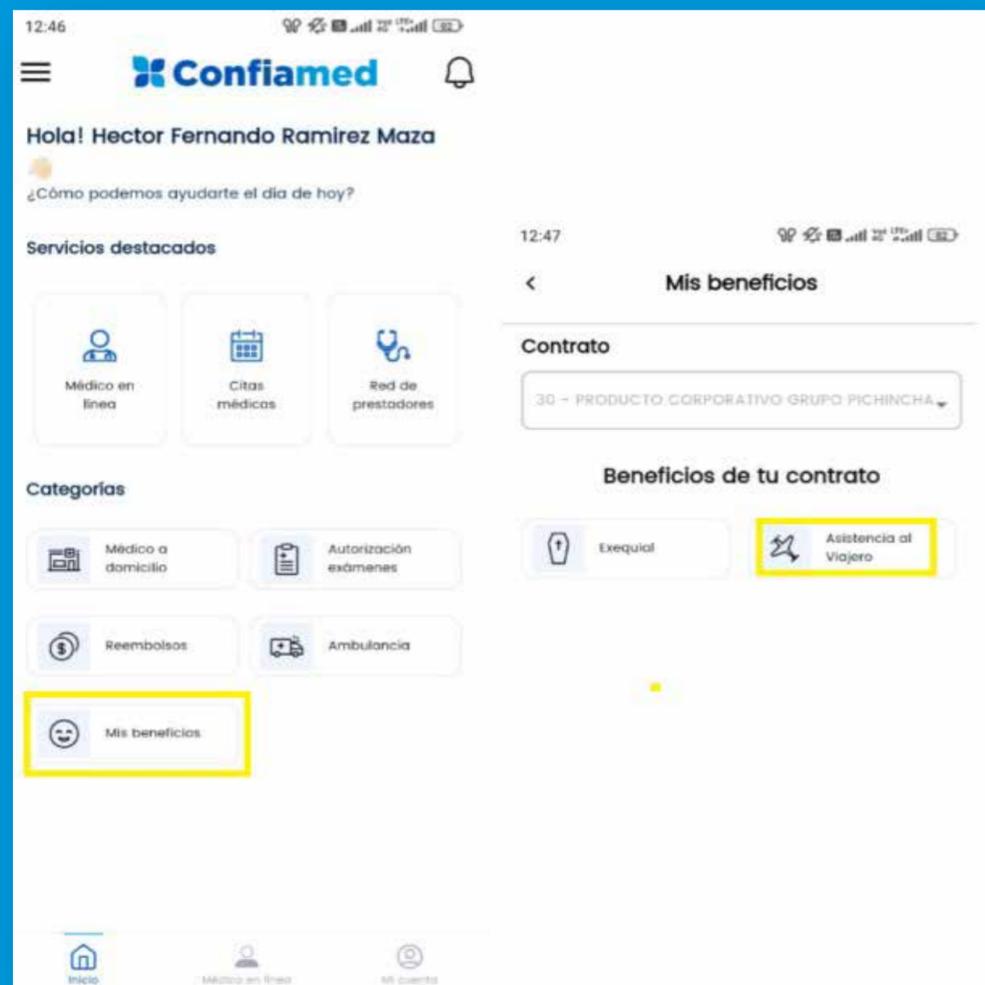
Confitravel

Cómo solicitar el servicio

Portal del Afiliado



App Confiamed



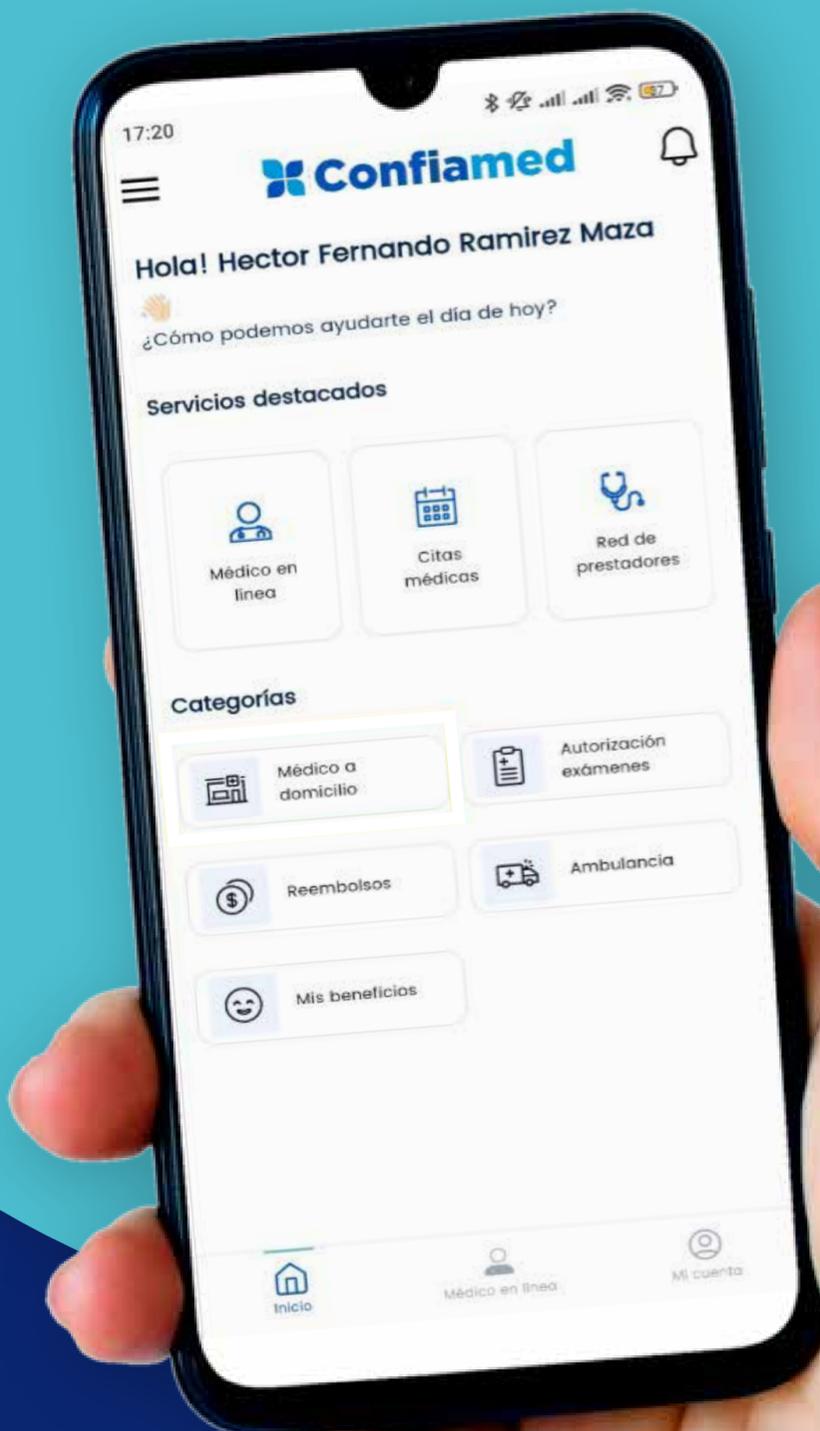
Confitravel

Cómo solicitar el servicio

APP

Sigue los siguientes pasos:

Descargamos la APP desde la tienda virtual, donde **el cliente debe registrarse y acceder con sus credenciales: usuarios y contraseñas.**



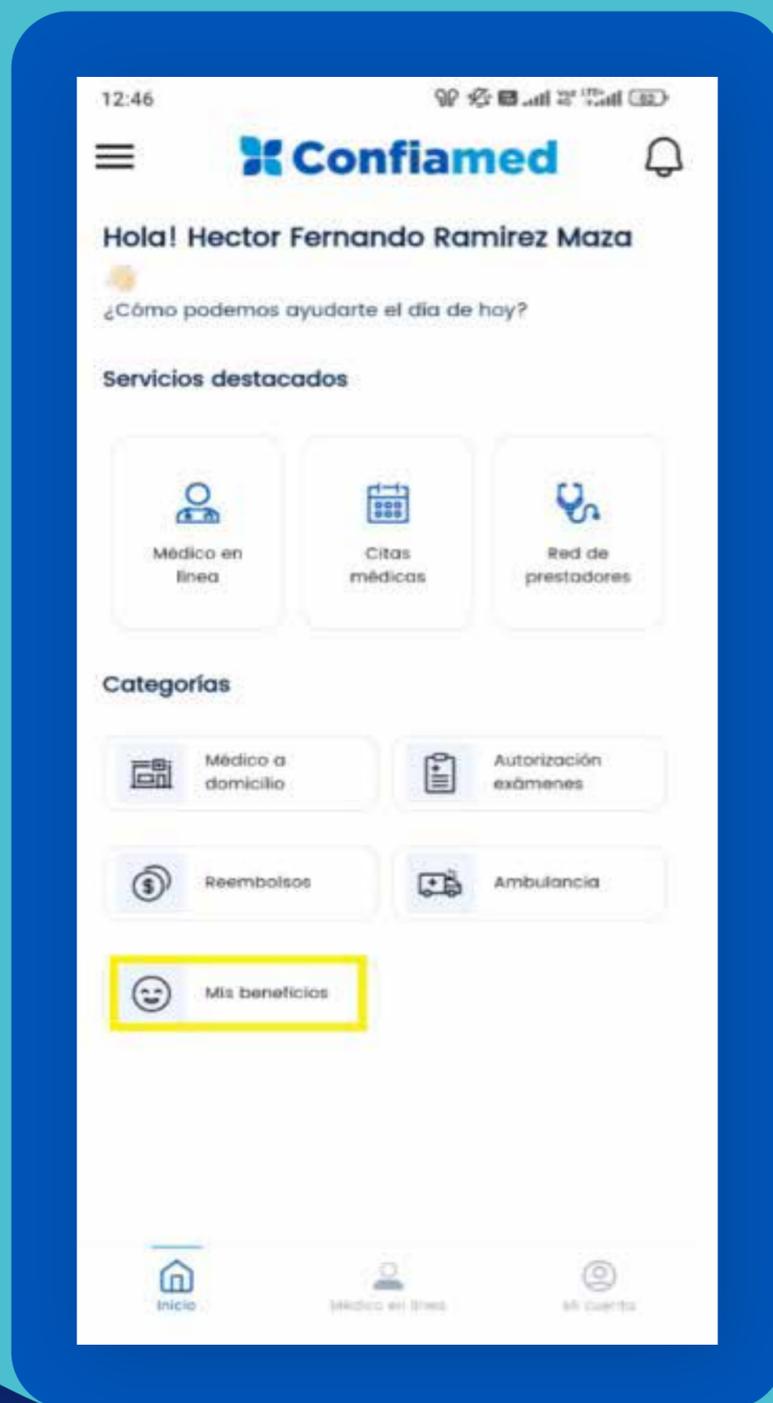
Confitravel

Cómo solicitar el servicio

APP

Sigue los siguientes pasos:

1.- Da clic en el ítem **MIS BENEFICIOS**



Confitravel

Cómo solicitar el servicio

APP

Sigue los siguientes pasos:

2.- Da clic en el ítem **ASISTENCIA AL VIAJERO**



Confitravel

Cómo solicitar el servicio

APP

Sigue los siguientes pasos:

3.- Da clic en el ítem **SOLICITAR CERTIFICADO**



Confitravel

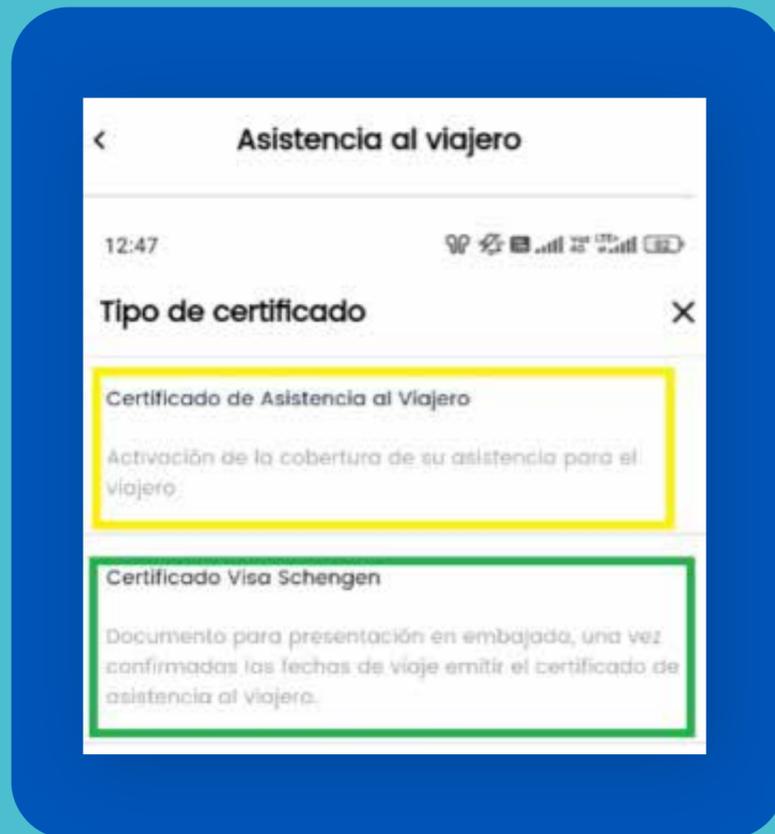
Cómo solicitar el servicio

APP

Sigue los siguientes pasos:

4.- Da clic en el ítem de preferencia o **necesidad del cliente:**

- Certificado de asistencia del viajero
- Certificado visa Schengen



Confitravel

Cómo solicitar el servicio

APP

Sigue los siguientes pasos:

5.- Agrega el pasajero o pasajeros **que acudirían al viaje** (obligatorio)

➤ Ingresar información requerida

Viaje

Detalles del viaje 1 2 3 4

País de origen

ECUADOR

País de destino

COLOMBIA

Países que visitarás (Opcional)

Pulsa para agregar otro país

PERU

Fecha de viaje

Selecciona la fecha de tu viaje

Fecha de retorno

Selecciona tu fecha de retorno

Siguiete

Confitravel

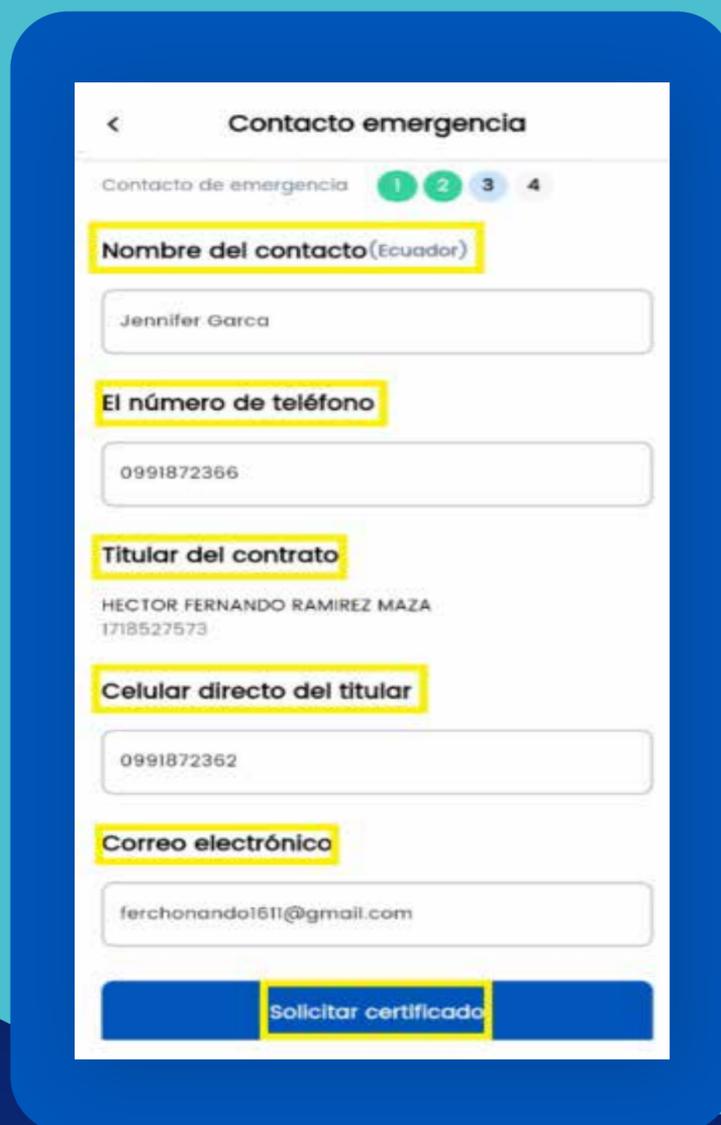
Cómo solicitar el servicio

APP

Sigue los siguientes pasos:

6.- Como paso final debe colocar obligatorio **datos finales** como:

- Nombre y Contacto de emergencia
- Celular del titular
- Correo electrónico del titular
- Luego damos clic en solicitar certificado.



The screenshot displays the 'Contacto emergencia' screen in the Confitravel app. The screen features a progress indicator at the top with four steps, where the second step is active. The form contains the following fields and data:

- Nombre del contacto (Ecuador):** Jennifer Garca
- El número de teléfono:** 0991872366
- Titular del contrato:** HECTOR FERNANDO RAMIREZ MAZA
1718527573
- Celular directo del titular:** 0991872362
- Correo electrónico:** ferchonando1611@gmail.com

A blue button labeled 'Solicitar certificado' is located at the bottom of the form.

Plan Exequial

Coberturas

- Sala de velación **24 horas** o colocación de capilla ardiente
- Nicho
- Trámites legales
- Tanatopraxia
- Cremación
- Cofre mortuario
- Traslado a sala de velación y camposanto
- Traslado a nivel nacional vía terrestre



Plan Exequial

Para titular y dependientes

- El afiliado o familiar se debe comunicar de manera inmediata al 1700 30 30 30 y 1800 30 60 30 opción 1 para **reportar el siniestro** a nivel nacional las 24 horas, los 365 días del año.
- El beneficio **no aplica reembolso**.



Beneficio de Ambulancia

Llamando a nuestros Canales de Atención

1700 30 30 30

Nivel Nacional
Atención 24/7

1800 30 60 30

Nivel Nacional
Atención 24/7

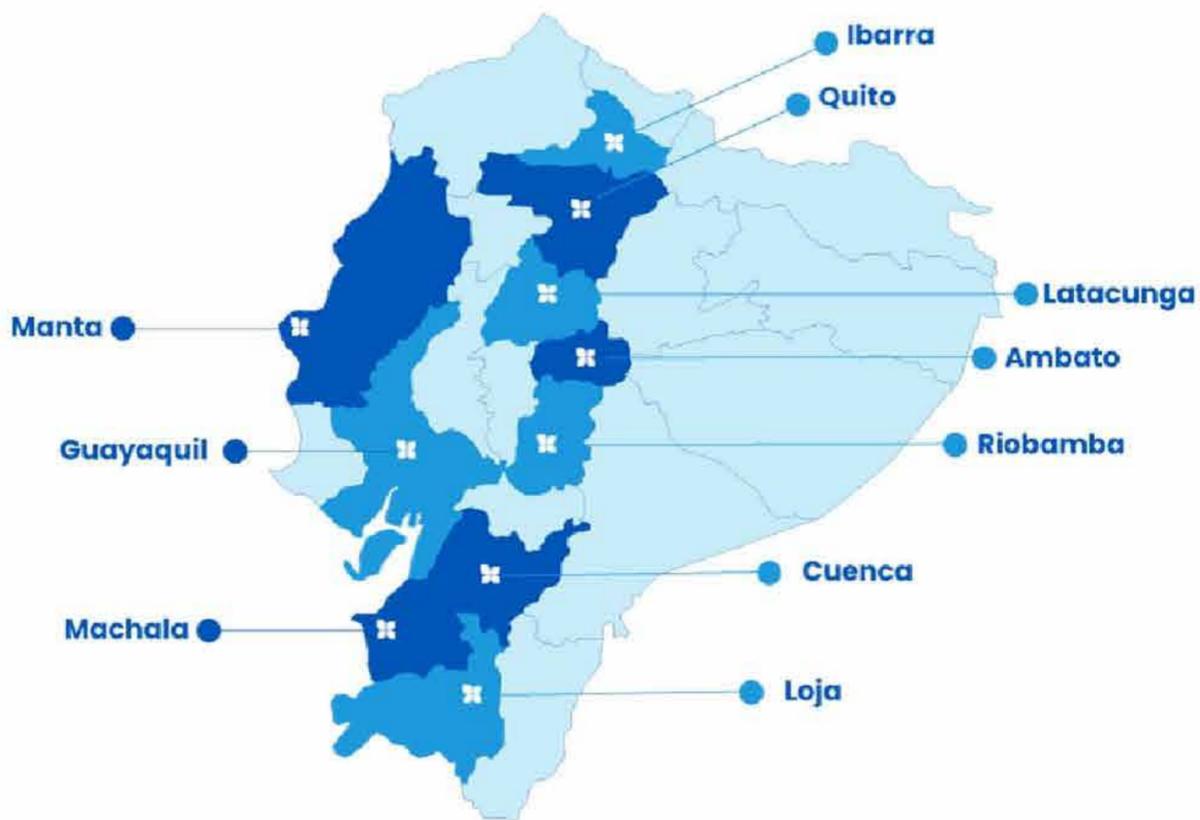
02 294 3030

PBX
Atención 24/7

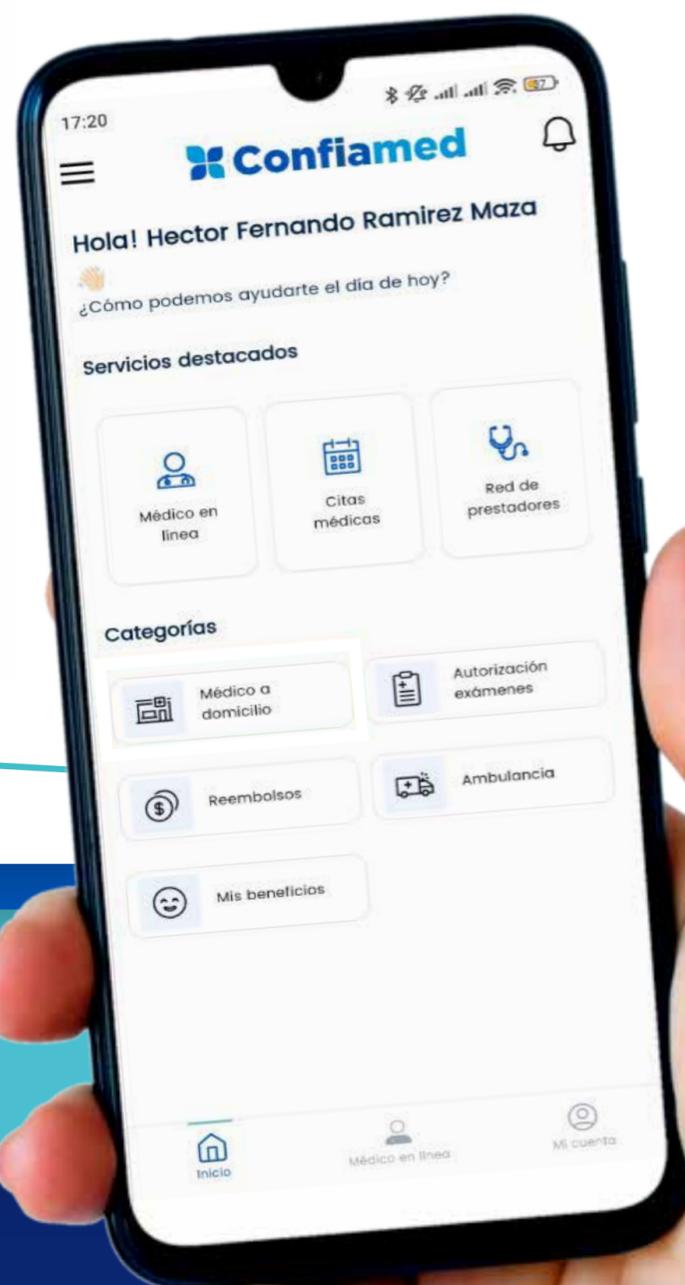


Beneficio de Ambulancia

Solicita por Nuestra APP



➤ **Solicítalo** desde aquí



Canales de Atención:



1700-30-30-30
1800-30-60-30
Opción 1 A nivel nacional



Whatsapp (Solo mensajes)
099-600-77-33
De lunes a viernes 08:30 a 17:30
Sábados 08:30 a 14:30



PBX: 02 2943-030
Atención 24/7



APP DE
CONFIAMED

 **Confiamed**
www.confiamed.com

*La respuesta a tus solicitudes esta
sujeta a disponibilidad de los
prestadores médicos.

Página Web

www.confiamed.com



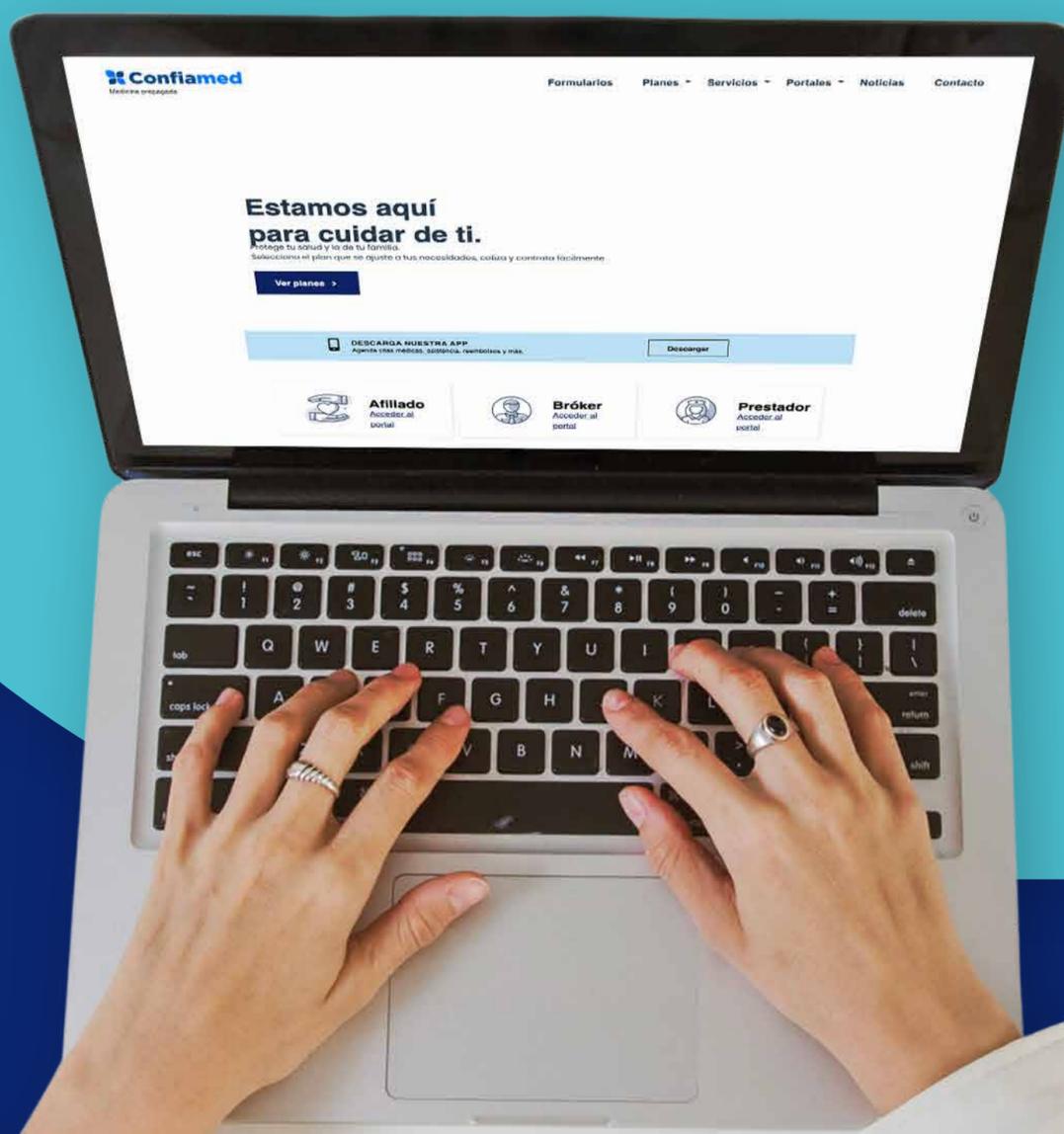
Te compartimos las **opciones que puedes encontrar** en nuestra página web:

- Formularios
- Portal del afiliado*
- Médico en línea
- Preguntas frecuentes

* **Nota:** Para registrarte en el Portal del Afiliado, debes ingresar a nuestra página web **www.confiamed.com**

Opción Servicios, apartado Portal del Afiliado.

Regístrate como nuevo usuario, siempre será el número de cédula del Titular del Plan y genera una contraseña.



Te compartimos que
opciones dispones
en nuestras
LÍNEAS DE ATENCIÓN



Prestaciones del servicio **Contact Center**

- Para servicio de ambulancia **digita 1**
- Para agendamiento de citas médicas **digita 2**
- Para créditos hospitalarios **digita 3**
- Para autorizaciones ambulatorias **digita 4**
- Para comprar tu receta con envío a domicilio **digita 5**



1700 30 30 30
1800 30 60 30



Agendamiento de **CITAS MÉDICAS**



Autorización de exámenes y procedimientos

Exámenes de Laboratorio

Endoscopía

Colonoscopia

Imágenes

Terapias: física, respiratoria, cardiaca

Solicita la autorización de examen, enviando el pedido del médico, por cualquiera de estos canales:

APP Confiamed: Botón Autorización de Exámenes

Correo: ccenter01@confiamed.com

WhatsApp: 099 600 77 33

*Te recomendamos enviar tu solicitud con 48 horas de anticipación. Para Endoscopía y Colonoscopia considerar 48 horas laborables.



Requisitos para **Autorizaciones**



PEDIDO MÉDICO

- ❖ Fecha de emisión
- ❖ Nombre del paciente
- ❖ Diagnóstico
- ❖ Firma y sello del médico tratante

Envía tu pedido por:



099-600-77-33

Lunes a viernes 08:30 a 17:30
Sábados 08:30 a 14:30



APP

App Confiamed



Email

Autorizaciones:
ccenter01@confiamed.com

Nota: Tus pedidos de laboratorio, imagen y procedimientos tienen vigencia de 30 días.

Pasos para realizar tus reembolsos

Realiza tus reembolsos a través del portal del afiliado, portal del broker o App



Recuerda estos importantes pasos para tus solicitudes:

- 1** Tienes **máximo 90 días** para presentar toda la documentación, incluido reingresos.
- 2** Adjunta los **informes que validan el diagnóstico**.
- 3** La receta y pedidos médicos deben tener **datos completos del paciente**. También firma, sello médico y diagnóstico.



Recuerda presentar esta información:

Requisitos

- Solicitud pago de reembolso
- Facturas originales (RIDE)
- Para medicinas receta médica
- Para exámenes de laboratorio e imagen pedido y resultados
- Para emergencia Hoja 08 y detalle de medicinas e insumos
- Para hospitalización Historia clínica completa, detalle de medicinas e insumos.
- Todos los documentos deben tener datos completos del paciente

Requisitos de receta

- Fecha de emisión
- Nombres y apellidos
- Cédula de identidad
- Diagnóstico
- Firma y sello del médico
- Prescripción y Posología

***Recuerda** presentar tu receta original para la compra de medicamentos vía copago en nuestros prestadores de farmacia.

*Validez de la receta médica 30 días.



Reembolsos Hospitalarios:

Para procedimientos y reembolsos hospitalarios toma en cuenta la siguiente información:

CIRUGÍA PROGRAMADA

Aplica en caso de cirugías planificadas incluyendo **cesáreas**; para ello debes tramitar el crédito hospitalario por lo menos 72 horas laborables antes de la cirugía, con todos los documentos de respaldo.

Esta documentación debes **enviarla a tu Broker de seguros**.

POR EMERGENCIA

En caso de permanecer más de 24 horas en el Hospital por una emergencia, el prestador de la red se comunicará con la **línea de crédito CONFIRE** para solicitar el crédito hospitalario.

Se debe generar hoja 008.

Reembolsos Hospitalarios:

Para procedimientos y reembolsos hospitalarios toma en cuenta la siguiente información:

REQUISITOS

- **Descargar la solicitud de crédito hospitalario:**
debes detallar:
 - Datos generales del paciente
 - Antecedentes médicos
 - Diagnóstico
- **Inicio o evolución de la enfermedad**
- **Historia clínica**
- **Resultados de exámenes**
- **Informes de imágenes**
- **Placas**

⚠️ DESCARGA

La solicitud de crédito hospitalario puedes descargarla en www.confiamed.com / Servicios / Formularios

⚠️ IMPORTANTE

En caso de hospitalización **se dejará un voucher o cheque como garantía**, con el fin de asumir el valor de deducible, copago y gastos no cubiertos. Algunos prestadores solicitarán el **pago de la garantía al momento del alta**.

En caso de existir exceso en el cobro de la garantía los valores a favor serán devueltos una vez realizada la liquidación de gastos.

Requisitos para Reembolso hospitalario:

Si la hospitalización fue cancelada por ti, no olvides adjuntar toda esta información para aplicar vía reembolso.



Factura hospitalaria con el respectivo desglose o planilla y facturas de honorarios médicos



Pedidos, órdenes médicas, recetas



Resultados o informes de exámenes o imagen



Historia clínica completa (incluye hoja de emergencia, epicrisis, anamnesis, protocolo operativo, registro de anestesia, notas de evolución)



Formulario de Crédito Hospitalario:

Confiamed

SOLICITUD DE CRÉDITO HOSPITALARIO

CIUDAD FECHA DE ATENCIÓN
BRÓKER/ASESOR

DATOS GENERALES DEL AFILIADO

SELECCIONE CON UNA X SU TIPO DE PLAN:
INDIVIDUAL: GMM: MASIVO: CORPORATIVO: NOMBRE DEL CONTRATO:
NOMBRE DEL TITULAR CÉDULA DEL TITULAR
EMAIL NÚMERO DE CELULAR
NOMBRE DEL PACIENTE PARENTESCO EDAD

ANTECEDENTES MÉDICOS - QUIRÚRGICOS (Exclusivo del médico)

HOSPITAL/CLÍNICA DE ATENCIÓN: FECHA PROBABLE DE INGRESO:
NOMBRE DEL MÉDICO: ESPECIALIDAD: TELÉFONO:
MOTIVO DE LA CONSULTA:
INICIO DE LA ENFERMEDAD:
EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD:
TRATAMIENTO Y/O PROCEDIMIENTO RECIBIDO (CUÁNTO TIEMPO)
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: CÓDIGO CIE 10
TRATAMIENTO Y/O PROCEDIMIENTO A REALIZAR: CÓDIGO CPT

Certifico que la información proporcionada en este documento es verdadera, autorizo la verificación de esta, junto con los exámenes requeridos e historia clínica complementaria en caso de requerirlo por parte del afiliado o la compañía.

FIRMA DEL MÉDICO CÓDIGO DE REGISTRO EN CONESUP

» Datos que debe llenar el cliente

» Datos que debe llenar el médico tratante

Solicitud de créditos hospitalarios

- 1.- Llenar formulario de solicitud de parte del médico tratante
- 2.-Recopilar exámenes, informes, historias clínicas relacionadas con la cirugía/ procedimiento.
- 3.-Enviar solicitud a tu Bróker de seguros.
- 4.-Tiempo de solicitud: con 72 horas laborables de anticipación.

Exclusiones

Es importante que conozcas las **coberturas** que no contempla tu plan.

1. El tratamiento resultante de una lesión o enfermedad cuando:
 - a) El servicio o suministro no sea médicamente necesario.
 - b) No se encuentre bajo los cuidados de un médico.
 - c) Servicios y/o medicamentos que no sean prescritos por un médico, cuyo título profesional no se encuentre registrados por el Organismo pertinente.
2. Cirugía plástica, electiva o cosmética con fines exclusivamente cosméticos y estéticos, ocurridos durante la vigencia del contrato, excepto para corregir lesiones por accidente y cobertura de cirugías reconstructivas o correctivas médicamente necesarias.
3. Atención dental, tratamientos o cirugía de los dientes, encías, secuelas y/o complicaciones derivadas de estas atenciones. Excepto para corregir lesiones por accidente cubierto durante la vigencia del contrato, cobertura de cirugías reconstructivas o correctivas médicamente necesarias, trastornos de la articulación, músculos y nervios temporo mandibulares que no se relacionen a problemas dentales no cubiertos en este contrato.
4. Consulta y tratamiento dermatológico relacionado con aspecto cosmetológico, terapia láser dermatológica.

Exclusiones

5. Chequeos clínicos ejecutivos, tales como, exámenes médicos rutinarios, así como los gastos por servicios médicos prestados no inherentes o no necesarios para el diagnóstico, así como servicios, insumos, suministros, prótesis o dispositivos de corrección que no sean médica ni quirúrgicamente necesarios o que no estén científicamente o médicamente reconocidos para el tratamiento indicado o que sean considerados experimentales, investigativos sin evidencia científica y/o no aprobados por los organismos de control de salud.

6. Todo tipo de exámenes y/o tratamientos especializados de infertilidad, así como el aborto provocado y sus consecuencias. Cualquier cirugía, tratamiento o prótesis para mejorar o restablecer la función sexual y reproductiva.

7. Todo tipo de tratamientos por aumento o pérdida de peso sin indicación médica, así como el tratamiento con estimuladores y/o hormonas de crecimiento óseo bajo el diagnóstico de talla corta.

8. Enfermedades preexistentes y sus enfermedades relacionadas no declaradas al momento de llenar la solicitud y declaración de salud. **(NO APLICA PARA PRODUCTO CORPORATIVO)**

9. Enfermedades o accidentes causados por fenómenos de la naturaleza de carácter extraordinario tales como: terremotos, inundaciones, erupciones volcánicas, tempestades ciclónicas, caída de cuerpos siderales y aerolitos.

Exclusiones

10. Enfermedad o lesiones causados directa o indirectamente durante la participación del afiliado en: guerra, invasión, acción de enemigo extranjero, hostilidades, guerra civil, acciones terroristas, rebelión, revolución, insurrección, cualquier perturbación del orden público, poder militar o poder usurpado, ley marcial, motines u operaciones militares, navales o aéreas, reacciones nucleares o por lluvias radioactivas.

11. Enfermedades mentales, que no sean de base orgánica, nerviosas y/o stress, desordenes del sueño sin relación con una patología cubierta, incluyendo los servicios brindados en centros de geriatría, instituciones asistenciales de largo plazo, balnearios, baños termales y similares.

12. Reconstituyentes, complementos proteicos alimenticios, suplementos dietéticos, suplementos nutricionales, estimulantes del apetito, anoréxicos excepto vitaminas, minerales y formulas alimenticias medicadas siempre y cuando la enfermedad obligue su utilización y este bajo prescripción médica.

13. Medicamentos contra el envejecimiento, tratamientos para la regeneración del cabello e hidratantes, jabones, filtros solares y shampoo.

14. Tranquilizantes, sedantes, antidepresivos, ansiolíticos, anoréxicos y neurolépticos, excepto si son parte de una enfermedad diagnosticada de base orgánica debidamente diagnosticada y bajo prescripción médica.

Exclusiones

15. Gastos por tratamientos, procedimientos y honorarios médicos realizados por un pariente cercano o por otra persona que resida en su hogar, o cualquier tratamiento brindado en una entidad o institución de su propiedad o de un pariente cercano. Son parientes cercanos hasta segundo grado de afinidad y cuarto de consanguinidad.

16. Terapia de estimulación temprana, recreativa o educativa.

17. Atención de pedicuro, callosidades, zapatos ortopédicos, soporte de arcos y otros dispositivos ortopédicos que no se relacionen con el diagnóstico cubierto.

18. Gastos originados por defectos de refracción visual, suministros de anteojos y lentes de contacto, así como operaciones de exímer láser.

19. Cualquier crio-preservación y la implantación o reimplantación de celular vivas.