

Quito, .....de ..... del 2024

Mgs.

Director Ejecutivo de Servicio Público para Pago de Accidentes de Tránsito  
Presente.-

Yo, señor/a ....., con número de identificación ....., en calidad de ....., por medio del presente, ingreso la carpeta de Gastos Médicos del señor/a ....., para lo cual adjunto, lo siguiente:

<b>DOCUMENTOS HABILITANTES PARA LA SOLICITUD DEL PAGO DE LA PROTECCIÓN POR GASTOS MEDICOS</b>			
<small>Art. 6 literal C Decreto Ejecutivo No. 805</small>			
<b>No.</b>	<b>DOCUMENTOS</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
1.	Dirección domiciliaria exacta, números telefónicos; y, correo electrónico de la persona beneficiaria de las protecciones.		
2.	Copia de cédula actualizada legible del paciente y/o terceras personas designadas al reclamo.		
3.	Certificado Bancario del beneficiario, de Institución financiera reconocida y aprobada por parte de la Superintendencia de Bancos. (No se aceptan certificados bancarios que reciban Bonos y Pensiones del MIESS, cuentas Mi Vecino, cuentas Experta, conforme señala el INSTRUCTIVO GESTIÓN DE GIROS Y TRANSFERENCIAS DEL MINISTERIO DE FINANZAS BIRF 710-EC)		
4.	Copia del parte policial debidamente validado por la autoridad competente.		
5.	Copia certificada por la casa de salud Form. 008 (hoja de emergencia) con firma y sello de médico tratante. (historia clínica)		
6.	Form. 006 (epicrisis médica) con firma y sello. (historia clínica)		
7.	Form. 053 en caso de referencia y derivaciones, de ser pertinente, con firma y sello. (historia clínica)		
8.	Anexo 002 en caso de ser transportado por ambulancia, con firma y sello. (historia clínica)		
9.	Copia de protocolo operatorio, en caso de cirugías, firmado y sellado (historia clínica)		
10.	Copia de protocolo anestésico, en caso de cirugías, firmado y sellado. (historia clínica)		
11.	Resultados de exámenes de laboratorio y de imagen, con su respectivo pedido e informe firmado y sellado. (historia clínica)		
12.	Copia de bitácora diaria de terapia intensiva, si el caso aplica, con firma y sello. (historia clínica)		
13.	Copia de Kardex diario de enfermería, con firma y sello. (historia clínica)		
14.	Notas de evolución clínica diaria, médica y de enfermería, con firma y sello. (historia clínica)		
15.	Planilla de servicios de la casa o casas de salud de atenciones previas sean públicas o privadas donde se compruebe el gasto médico generado por la atención a reclamar al SPPAT, firmado y sellado (historia clínica)		
16.	Facturas <b>originales</b> físicas o electrónicas de gastos médicos (honorarios médicos, laboratorio, imagen, rehabilitación), medicinas e insumos médicos (todas estas facturas deberán ser respaldadas con la indicación médica, solicitud o receta médica firmada y sellada por el médico tratante). Las facturas deberán ser emitidas a nombre del paciente, en caso de que estén emitidas a terceras personas debe constar dentro de la factura y como parte integrante de ella, la identificación y determinación del paciente. (Para cada factura se deberá adjuntar el desglose o detalle de servicios hospitalarios, medicinas e insumos, valores de honorarios médicos por fecha de atención desde el ingreso hasta el alta)		

<b>DOCUMENTOS HABILITANTES ADICIONALES PARA LA SOLICITUD DEL PAGO DE LA PROTECCIÓN POR GASTOS MEDICOS EN EL CASO DE ATENCIÓN AMBULATORIA O DE CONSULTA EXTERNA, REHABILITACIÓN Y ODONTOLOGÍA</b>			
<small>Art. 6 Decreto Ejecutivo No. 805</small>			
<b>No.</b>	<b>DOCUMENTOS</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
1.	Copia del pedido y registro de terapias de rehabilitación recibidas, si es el caso, con la firma de responsabilidad del profesional que realizó el procedimiento. (se reconocerán de 10 sesiones en 10 sesiones, previa indicación de especialista)		
2.	Las consultas médicas en relación al accidente de tránsito serán respaldadas con firma y sello del médico especialista.		



3.	Facturas originales sean físicas o electrónicas (firmadas y selladas de la rehabilitación), a nombre del paciente o tercera persona con identificación y especificación del paciente dentro y como parte integrante de la factura.		
4.	Anexo 002 o de atención prehospitalaria (ambulancia), si el caso aplica.		
5.	Formulario 008 o de atención de emergencia con códigos CIE10, si el caso aplica.		
6.	Formulario 002 o de atención de Consulta Externa Médica (no aplica certificados médicos de atención). Evolución Médica detallada / Registro de Atención que justifique el tratamiento médico.		
7.	Formulario 010A y 010B, o pedido y resultados de exámenes de laboratorio con firma y sello del médico tratante		
8.	Formulario 012A y 012B, o pedido e informe de resultados de imagen con firma y sello del médico tratante		
9.	Formulario 033 de Odontología o historia clínica odontológica y odontograma; si el caso aplica		

<b>DECLARACIÓN DATOS DE LA PERSONA QUE INGRESA EL TRAMITE</b>	
NOMBRES:	
TELÉFONO CELULAR:	
CORREO ELECTRÓNICO:	

\*Todos los gastos médicos incurridos por consecuencia del accidente de tránsito se sujetarán a una auditoría médica, esta auditoría determina la pertinencia de los procedimientos efectuados al paciente y, posteriormente se realizará el ajuste de valores de acuerdo al Tarifario Nacional de Salud del Ministerio de Salud Pública.

\*Toda la documentación presentada deberá tener estricta relación con el accidente de tránsito suscitado que sufrió el beneficiario (paciente) de la protección.

\*La recepción de los documentos no significa aprobación del pago del beneficio otorgado por el SPPAT, por cuanto la misma estará sujeta a un análisis conforme lo establecido en la normativa, sin perjuicio de requerir documentación adicional, al amparo a lo dispuesto en el Art. 6 del Decreto Ejecutivo No.805 del 22 de octubre del 2015.

\* Conforme el Art. 12 de la Resolución No. 002-D-SPPAT-2016 "Las acciones de cobro derivadas del SPPAT prescribirán en un año a partir de suscitado el accidente de tránsito".

\* Sin embargo, de haber informado al usuario que la información se encuentra **INCOMPLETA**, se recibe, conforme dispone el Art. 138 del COA; es responsabilidad del peticionario completar la documentación dentro del tiempo establecido por la normativa legal vigente, a fin de proceder con el respectivo trámite.

**\*Nota.** - Todo trámite en el Servicio Público para Pago de Accidentes de Tránsito – SPPAT, es **GRATUITO**

.....  
Firma peticionario/a

Recibido por:	
Fecha:	
Correo electrónico	
Firma de responsabilidad:	