

**PROTECCIÓN DE GASTOS MÉDICOS**

Quito, .....de.....del 2025

Señor/a

Director/a Ejecutivo/a 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 para el pago de la protección por Gastos Médicos del señor/a ..... para lo cual adjunto, lo siguiente:

| <b>DOCUMENTOS HABILITANTES PARA LA SOLICITUD DEL PAGO DE LA PROTECCIÓN POR GASTOS MÉDICOS</b> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |    |    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|
| Art. 6 Decreto Ejecutivo No. 805                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |    |    |
| No.                                                                                           | DOCUMENTOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | SI | NO |
| 1.                                                                                            | Dirección domiciliar 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 MIES, 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 (firma y sello) por la casa de salud Form. 008 (hoja de emergencia) con firma y sello de médico tratante. (historia clínica)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |    |    |
| 6.                                                                                            | Copia certificada (firma y sello) por la casa de salud Form. 006 (epicrisis médica) con firma y sello del médico. (historia clínica)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |    |    |
| 7.                                                                                            | Copia certificada (firma y sello) por la casa de salud Form. 053 en caso de referencia y derivaciones, de ser pertinente, con firma y sello del médico tratante. (historia clínica)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |    |    |
| 8.                                                                                            | Copia certificada (firma y sello) por la institución correspondiente Anexo 002 en caso de ser transportado por ambulancia, con firma y sello del personal de salud responsable. (historia clínica)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |    |    |
| 9.                                                                                            | Copia certificada (firma y sello) por la casa de salud de protocolo operatorio, en caso de cirugías, firmado y sellado por el médico tratante (historia clínica)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |    |    |
| 10.                                                                                           | Copia certificada (firma y sello) de protocolo anestésico, en caso de cirugías, firmado y sellado por médico tratante. (historia clínica)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |    |    |
| 11.                                                                                           | Copia certificada (firma y sello) por casa de salud o institución correspondiente, de resultados de exámenes de laboratorio y de imagen, con su respectivo pedido e informe firmado y sellado por profesional responsable. (historia clínica)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |    |    |
| 12.                                                                                           | Copia certificada (firma y sello) por casa de salud, de bitácora diaria de terapia intensiva, si el caso aplica, con firma y sello del personal de salud responsable. (historia clínica)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |    |    |
| 13.                                                                                           | Copia certificada (firma y sello) por casa de salud, de Kardex diario de enfermería, con firma y sello. (historia clínica) (opcional)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |    |    |
| 14.                                                                                           | Copia certificada (firma y sello) por casa de salud, de notas de evolución clínica diaria, médica, con firma y sello de médico tratante. (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 originales 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 especificación 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) |    |    |

**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**

Art. 6 Decreto Ejecutivo No. 805

**PROTECCIÓN DE GASTOS MÉDICOS**

| No. | DOCUMENTOS                                                                                                                                                                                                                                                  | SI | NO |
|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|
| 1.  | Copia del pedido y registro de terapias diarias 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 con el 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. | Copia certificada (firma y sello) por casa de salud del anexo 002 o de atención prehospitalaria (ambulancia) con firma y sello del personal paramédico; si el caso aplica.                                                                                                                                                               |  |  |
| 5. | Copia certificada (firma y sello) por casa de salud del formulario 008 o de atención de emergencia con códigos CIE10 con firma y sello del médico tratante; si el caso aplica.                                                                                                                                                           |  |  |
| 6. | Copia certificada (firma y sello) por casa de salud del 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. (En relación con el accidente de tránsito y con firma y sello del médico tratante) |  |  |
| 7. | Pedido y resultados de exámenes de laboratorio con firma y sello del médico tratante.                                                                                                                                                                                                                                                    |  |  |
| 8. | Pedido e informe de resultados de imagen con firma y sello del médico tratante.                                                                                                                                                                                                                                                          |  |  |
| 9. | Copia certificada (firma y sello) por casa de salud del formulario de Odontología o historia clínica odontológica y odontograma con firma y sello del médico tratante; si el caso aplica.                                                                                                                                                |  |  |

NÚMERO DE HOJAS QUE INGRESAN:

| DECLARACIÓN<br>DATOS DE LA PERSONA QUE INGRESA EL TRAMITE |  |
|-----------------------------------------------------------|--|
| 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".

" Conforme lo dispone el Art. 138 del COA, la documentación será recibida aun cuando esta no se encuentre completa; cabe establecer que es responsabilidad del peticionario ingresar la documentación acorde a los requisitos establecidos en la normativa vigente, el ingreso de documentación incompleta no significa admisión del trámite, al ser devuelto el trámite, el administrado deberá iniciar uno nuevo, considerando los tiempos establecidos en la norma para su presentación.

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

-----  
Firma peticionario/a

| ESPACIO PARA SER LLENADO POR SPPAT |  |
|------------------------------------|--|
| Nro. de Trámite SPPAT:             |  |
| Recibido por:                      |  |
| Cargo:                             |  |
| Fecha:                             |  |
| Correo electrónico                 |  |
| Firma de responsabilidad:          |  |