

Contigo ¡de ley!

PROYECTO DE LEY QUE REGULA A LAS COMPAÑÍAS QUE FINANCIEN SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD PREPAGADA Y A LAS DE SEGUROS QUE OFERTEN COBERTURA DE SEGUROS DE ASISTENCIA MÉDICA



¿Cuál es el objeto de este Proyecto de Ley?

1. Normar el funcionamiento de las compañías que financien servicios de atención integral de salud prepagada.
2. Regular los servicios que prestan estas compañías para garantizar el ejercicio pleno de los derechos de los usuarios.
3. Determinar los parámetros para aprobar el contenido de los planes de atención integral de salud prepagada y los contratos de seguros de atención médica.
4. Definir las sanciones para las compañías que no cumplan sus obligaciones.

Si se aprueba este Proyecto de Ley, ¿cuales serían los principales beneficios en la oferta de los planes y programas de salud?

- Las compañías que financien servicios de salud prepagada deberán incluir las prestaciones mínimas aprobadas por el Ministerio de Salud, entre las que obligatoriamente constarán la promoción de salud y la prevención de enfermedades.
- Deberán ofrecer cobertura en razón de las personas, ya sean estos titulares, beneficiarios, dependientes o asegurados.
- Se prohíbe toda clase de exclusión en razón de etnia, lugar de nacimiento, edad, sexo, identidad de género, identidad cultural, estado civil, idioma, religión, ideología, filiación político, pasado judicial, condición socioeconómica, condición migratoria, orientación sexual, estado de salud, portar el VIH, discapacidad, o diferencia física.
- Deberán ser redactados en idioma castellano, de modo que el consumidor tenga acceso a información adecuada, veraz, clara, oportuna, completa y precisa acerca del alcance del alcance y los límites de cada una de las prestaciones por las compañías de salud.

- Los contratos que se elaboren para acceder a estos servicios no podrán contener términos
- ambiguos, ambivalentes o que puedan conducir a equívocos a los consumidores.



¿Cuáles son las obligaciones que tienen que cumplir las compañías que oferten servicios de salud prepagada o seguros de asistencia médica?

- Ofrecer información en cantidad y calidad suficientes para que los consumidores puedan tomar las decisiones más convenientes sobre los planes, programas y modalidades.
- Ofrecer el financiamiento de todas las prestaciones previstas en los planes contratados.
- Notificar inmediatamente a los usuarios cuando una prestación no se encuentre cubierta o exceda el monto de cobertura.
- Llevar un registro actualizado de los titulares, beneficiarios, usuarios, dependientes o asegurados, el cual será de carácter confidencial.
- No establecer incrementos adicionales a los aportes, cuotas o primas del plan contratado ante el apareamiento de enfermedades crónicas y/o catastróficas. Tampoco se podrá negar la renovación de los contratos por estos motivos.
- En caso de disolución de las compañías que brindan estos servicios, se garantiza el traspaso de la cartera de usuarios a las compañías autorizadas con las condiciones contractuales originales.
- Entregar la información requerida por los organismos de regulación y control.
- Garantizar la calidad de la atención integral de los servicios y que los profesionales y los centros de salud que deben cumplir con las coberturas cuenten con los requisitos académicos y legales respectivos.
- Implementar tecnologías de información y comunicación para facilitar la relación entre los usuarios, las compañías y los prestadores de servicios.



ASAMBLEA NACIONAL
REPÚBLICA DEL ECUADOR

2013-2017

Contigo ide ley!

www.asambleanacional.gob.ec



<http://envivo.asambleanacional.gob.ec>



ecuador

www.radio.asambleanacional.gob.ec



@AsambleaEcuador



www.facebook.com/asambleanacional



www.youtube.com/asambleanacionalec



www.flickr.com/asambleanacional

