**COBERTURA DE POLIZA SEGUROS HORIZONTE**

**HOSPITALIZACION Y CIRUGIA………………………………………Bs. 200.000,00**

**MATERNIDAD…………………………………………………………….Bs. 150.000,00**

**LENTES…………………………………………………………………….Bs. 15.000,00**

**VIDA………………………………………………………………………...Bs. 200.000,00**

**ACCIDENTE……………………………………………………………….Bs. 250.000,00**

**FUNERARIA……………………………………………………COBERTURA TOTAL.**

**SOLICITUD DE MEDICAMENTOS ATRAVES DE LA RED DE FARMACIAS……………………………………………………...Bs. 30.000,00 –ANUAL**

**SOLICITUD DE MEDICAMENTOS CONTRA REEMBOLSO.................................................................................Bs. 170.000,00-ANUAL**

**TELEFONOS DE EMERGENCIA**

**SEGUROS HRIZONTE**

Tengo el honor de dirigirme a ustedes, en la oportunidad de expresarle un cordial saludo Institucional, Patriótico, Bolivariano y Revolucionario,  en nombre de todo el personal quienes laboramos en esta Gerencia y cumpliendo instrucciones del Lic. Julio Cesar Araque Gerente de Fondos Administrados, cumplo con hacer de su conocimiento los datos de los proveedores que prestaran los servicios **FUNERARIOS, AMBULANCIA, ODONTOLOGIA Y OFTALMOLOGIA**, a partir del día 31/12/2016 a partir de las 12 pm al 31/12/2017, con la finalidad de cubrir cualquier eventualidad de los trabajadores y beneficiarios adscritos a la cartera de clientes pertenecientes a esta Gerencia.

**Servicio Proveedor Tercerizado DEL ESTE PREVISION (Funerario):**

           Este proveedor realizará los servicios funerarios por lo que se activa un Nro. Telefónico para la atención de los afiliados de Seguros Horizonte, S.A

**Call Center: 0212-8204044**

**Servicio Proveedor Tercerizado METROME (Ambulancia):**

Este proveedor ofrece el servicio de Ambulancia, (Atención Medica Domiciliaria (AMD), y Traslado Médico de Emergencia (TME).

**Call Center: 0-500-METROME (0500) 638-7663**  Twitter: @Metromedvzla

**Servicio Proveedor Tercerizado SOS (Odontología y Oftalmología):**

Este proveedor ofrece el servicio de Odontología y Oftalmología.

**Call Center: (Provisional) 0-800-7671212**

* **Opción 1-Odontologia**
* **Opcion 2- oftalmología.**

**SOLICITUD DE MEDICAMENTOS**

* Dirigirse Directamente con originales y copias de los recaudos (informe médico, récipe, indicaciones C.I del titular y beneficiario si aplica). A la red de farmacias.
* Para solicitar medicamentos por la red de locatel deben solicitar orden de farmacia a través del siguiente correo [**locatelordendefarmacia2015@ gmail.com**](mailto:locatelordendefarmacia2015@gmail.com), los cuales pueden hacer retiros en cualquiera de las sucursales de locatel y tienen un lapso de diez (10) días continuos para su vencimiento, adjuntando los archivos de cada uno de los requisitos arriba descritos.