

# INSTRUCTIVO DE PROCEDIMIENTOS PARA LA SOLICITUD DE SERVICIOS DE SALUD PARA LA OPSU

## Fondos Administrados

# Coberturas OPSU

Tipo de Cobertura	Monto Cobertura
Básica HCM	Bs. 200.000,00
Maternidad (Sólo para Titulares y Cónyuge)	Bs. 150.000,00
Funerario	<b>SERVICIO</b>
Vida	Bs. 200.000,00
Accidentes Personales	Bs. 250.000,00
Reembolso de Monturas y Cristales	Bs. 15.000,00
Farmacia	Bs. 30.000,00
Contra Reembolso	Bs. 170.000,00
Botas Ortopédicas	Bs. 12.000,00
Lentes	Bs. 15.000,00

# Personas Asegurables



- ✓ Titulares sin limite de edad.
- ✓ Cónyuge o Concubina con la que haga vida marital, sin límite de edad.
- ✓ Padres sin limite de edad.
- ✓ Los hijos e hijas solteros y no emancipados del trabajador/a, pensionado/a o sobreviviente hasta los veintiún (21) años de edad, y hasta los veinticinco (25) años si cursan estudios de educación universitaria.
- ✓ Los niños, niñas y adolescentes que sean declarados carga familiar del trabajador/a, pensionado/a, jubilado/a, previa presentación de sentencia firme emitida por los tribunales competentes, con las mismas limitaciones de edad indicada en el punto anterior (21 años y 25 años cuando cursan estudios universitarios).
- ✓ Los hijos e hijas del trabajador con discapacidad grave o severa debidamente calificada y certificada por el Consejo Nacional para las Personas con Discapacidad (CONAPDIS), sin límite de edad.

# Beneficios de la Póliza OPSU

Atención Médica Primaria

Atención Clínica de Emergencia y Hospitalización

Cartas Compromiso

Reembolsos HCM por Gastos Médicos

Farmacia

Odontología y Oftalmología

Ambulancia

Funerario

Reembolsos de Lentes y Botas Ortopédicas

# Atención Médica Primaria (AMP)

Este servicio atiende todas aquellas patologías cubiertas por la póliza que sólo ameriten **Consultas Médicas** y **Estudios Complementarios** derivados de las mismas, que no requieran ser canalizadas a través de Emergencias u Hospitalización, permitiendo a los asegurados obtener una atención médica preventiva de accesibilidad y calidad en resguardo de su límite de cobertura.



**Nota:** Cabe destacar que podrá observar nuestra Red de Clínicas AMP a través de nuestro Portal Web [www.seguroshorizonte.gob.ve](http://www.seguroshorizonte.gob.ve)

## Atención Clínica de Emergencia y Hospitalización

Este servicio atiende todas aquellas patologías cubiertas por la póliza que ameriten ser canalizadas a través de Emergencias y Hospitalización, brindando atención garantizada las 24 horas del día, a Nivel Nacional mediante nuestra extensa Red de Clínicas afiliadas a Seguros Horizonte, S.A.



### Aspectos a Considerar:

- ✓ Cabe destacar que podrá observar nuestra Red de Clínicas AMP a través de nuestro Portal Web [www.seguroshorizonte.gob.ve](http://www.seguroshorizonte.gob.ve)
- ✓ Para cualquier solicitud de apoyo relacionado con este Servicio podrá comunicarse con nuestros Supervisores 24 Horas a través de los Teléfonos **04241839476** y **04242406718**

# Cartas Compromiso

Este Servicio de garantía para la realización de tratamientos y procedimientos hospitalarios a través de nuestra Red de Clínicas, deberá ser solicitado con anticipación a la atención médica, de acuerdo a los siguientes detalles:

- ✓ Las Cartas Compromiso deberán ser solicitadas presentando Informes Médicos y Presupuesto de la Clínica donde se identifique el costo del procedimiento.

## Las Cartas Compromiso podrán ser solicitadas a través de:

- ✓ Directamente en la Clínica
- ✓ A través de las Oficinas de Seguros Horizonte, S.A.
- ✓ Vía Web





# Solicitud de Reembolsos

Para la tramitación de Reembolso de Gastos Médicos, Medicinas y Estudios Patológicos, los Asegurados deberán consignar durante los primeros 60 días de la Ocurrencia del Siniestro la siguiente documentación:

- ✓ Notificación de Reclamo
- ✓ Copia de C.I del Titular y Beneficiario
- ✓ Informe del Médico Tratante
- ✓ Facturas Originales con RIF y Sello de Cancelado
- ✓ Resultados o Informes de Exámenes Practicados
- ✓ Facturas de Farmacia con sus Respectivos Récipes
- ✓ En caso de Accidente, Carta Narrativa



**Para la solicitud de Reembolsos, los Asegurados deberán consignar la documentación directamente en las Oficinas de Seguros Horizonte.**

Asegurado se dirige a las Oficinas de Seguros Horizonte



Seguros Horizonte recibe y verifica documentación



Se ejecuta el Pago por Transferencia en un tiempo no mayor a 30 días

**Nota:** Cabe destacar que para la solicitud de Reembolsos por Monturas y Lentes, el Asegurado deberán presentar Informe Medico del Oftalmólogo



## Servicio de Farmacia

Es un Servicio personalizado que consiste en el despacho de las medicinas prescritas a los asegurados, con rapidez, comodidad y sin desembolso de efectivo, el cual es brindado mediante nuestra Red de Farmacias afiliadas a Nivel Nacional.



Asegurado se dirige personalmente a la Farmacia con Informes Médicos



Farmacia Verifica Asegurabilidad y Gestiona la Atención



Se gestiona la Entrega de los Medicamentos







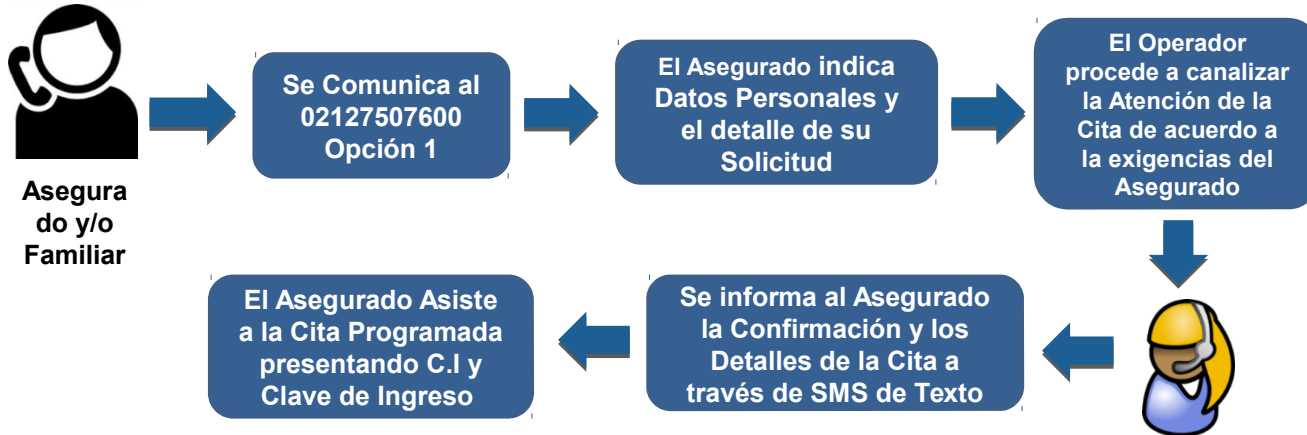




### Aspectos Importantes a Considerar:

- ✓ La cobertura del servicio de farmacia, esta contemplado por un monto máximo de Bs 30.000 y por la cantidad de Bs 170.000 contra reembolso.
- ✓
- ✓ Para retirar medicamentos por la **Franquicia Locatel** debe solicitar la orden a través del correo electrónico [locatelordendefarmacia2015@gmail.com](mailto:locatelordendefarmacia2015@gmail.com) enviando vía digital el Informe Médico, Récipe e Indicaciones, Cédula Titular- Beneficiario, Locatel donde va a retirar el medicamento, datos de la persona autorizada para retirar y números telefónicos de contacto.
- ✓
- ✓ La vigencia del informe para Tratamientos Agudos tiene un lapso de 1 mes, y para Tratamientos Crónicos tienen una vigencia de 6 meses

# Servicio de Odontología y Oftalmología



Cobertura Odontologica
Diagnóstico (Examen e Historia Clínica; Diagnóstico y Plan de Tratamiento).
Periodoncia (Tartrectomia Simple [Limpieza o Remoción del Calc. Dental]).
Profilaxis
Aplicación Tópica de Flúor.
Educación y Técnica de Cepillado.
Exodoncias Simples
Emergencia: Endodóntica, periodontal.

Cobertura Oftalmologica
Diagnostico.
Estudio de Agudeza Visual.
Balance de Movimientos Oculares.
Discriminación de Colores.
Toma de Tensión Ocular.
Biomicroscopia.
Fondo de Ojo.
Refracción Pre y Post Cicloplejia.
Gonioscopia.
Consultas Sucesivas.
Consulta con Subespecialista.

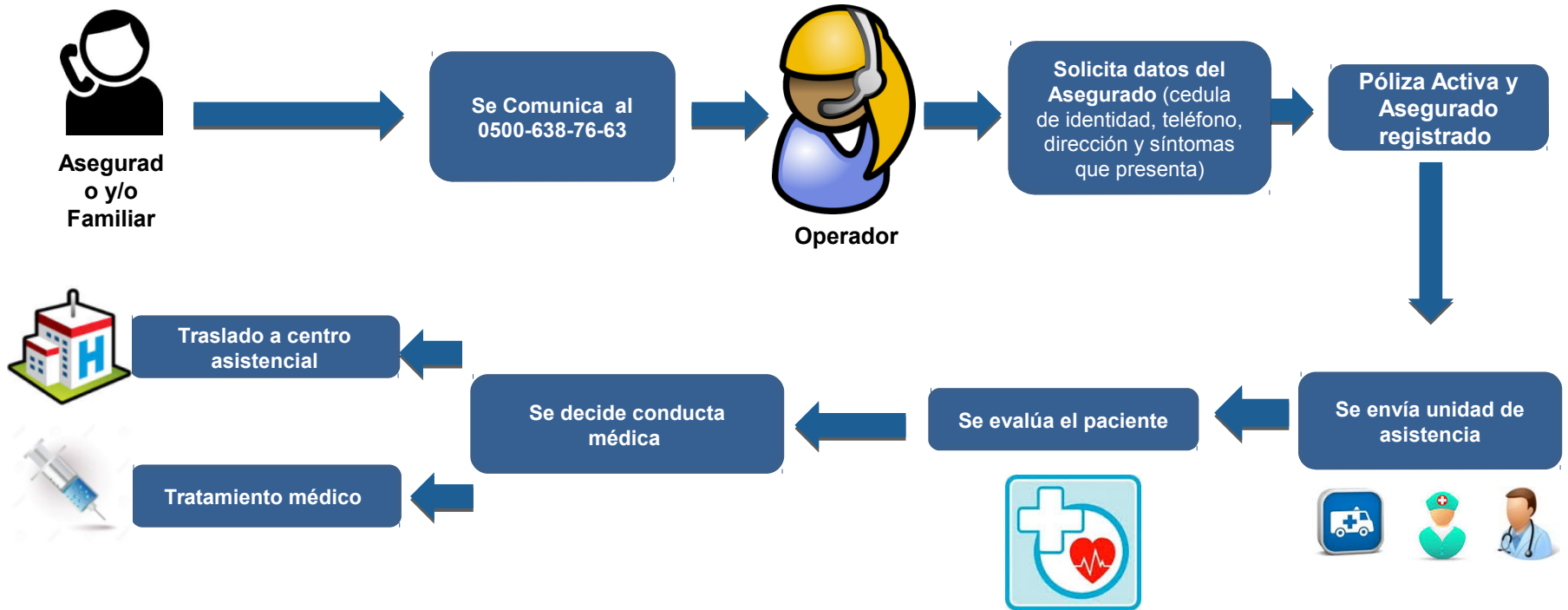
**Nota:** Además del Numero Telefónico 0212-750-76-00, también podrá solicitar Servicio a través de los **Números de Contingencia 02124918326 y 04242856209**

# Servicio de Ambulancia



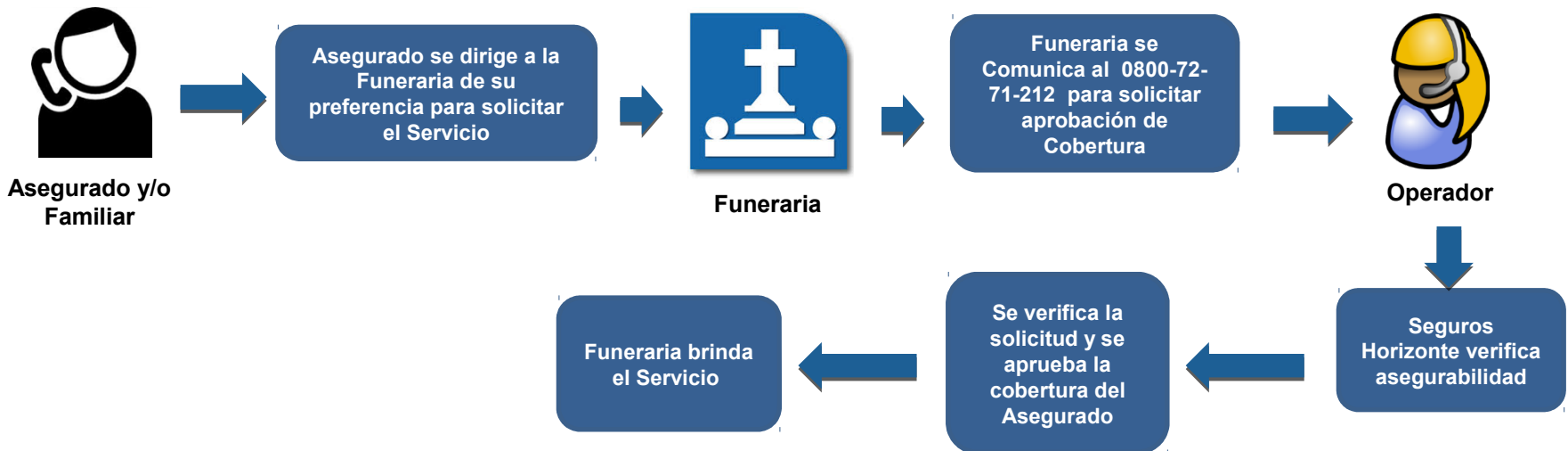
**Nota:** Los Traslados Programados deberán ser notificados con 48 Horas de anticipación.

# Servicio de Atención Médica Domiciliaria



**Nota:** La gestión de Atención Médica Domiciliaria será procedente únicamente en el caso de sintomatologías que realmente ameriten la estabilización básica de un Paciente.

# Servicio de Atención Funeraria



## Aspectos Importantes a Considerar

- ✓ Los Asegurados podrán comunicarse a través del Numero Telefónico **(212) 8204044** para solicitar orientación en función al Servicio Funerario requerido.
- ✓ **No serán amparados Gastos Funerarios contra Reembolso**

## Condicionado de Servicio Funerario

**Puede escoger la funeraria y el cementerio que más se adapte a sus necesidades. El servicio contempla:**

- ✓ Traslado del difunto desde el lugar del fallecimiento hasta la funeraria dentro de la misma jurisdicción y a nivel nacional.
- ✓ **Trámites para la obtención del Acta de defunción y diligencias de ley.**
- ✓ Arreglo y preparación del fallecido.
- ✓ **Servicio de cremación o inhumación en parcela pública o privada.**
- ✓ Ataúd de tipo básico II C4 (Catedral o su equivalente).
- ✓ **Capilla en funeraria o residencia.(Categoría Básica)**
- ✓ Habitación de descanso, en caso de servicio en funeraria.
- ✓ **Servicio de cafetería (suministro de café, té y agua) en caso de servicio en funeraria.**
- ✓ Traslado al cementerio, una (1) carroza y dos (2) vehículos de acompañamiento.
- ✓ **Aviso de prensa en un diario de circulación local..**



# Solicitud de Extra Cobertura

**Asegurado deberá comunicar la solicitud a HCM OPSU a través del correo electrónico [complementohcm@gmail.com](mailto:complementohcm@gmail.com) adjuntando los siguientes requisitos**

- ✓ Carta de agotamiento de cobertura, emitido por Seguros Horizonte.
- ✓ Copia legible de la Cédula de Identidad del Beneficiario y titular.
- ✓ Constancia de trabajo o copia del carnet legible.
- ✓ Presupuesto actualizado.
- ✓ Informe medico actualizado y legible que indique la patología por la cual hace la solicitud.
- ✓ Documento que certifique el vinculo familiar con el titular.

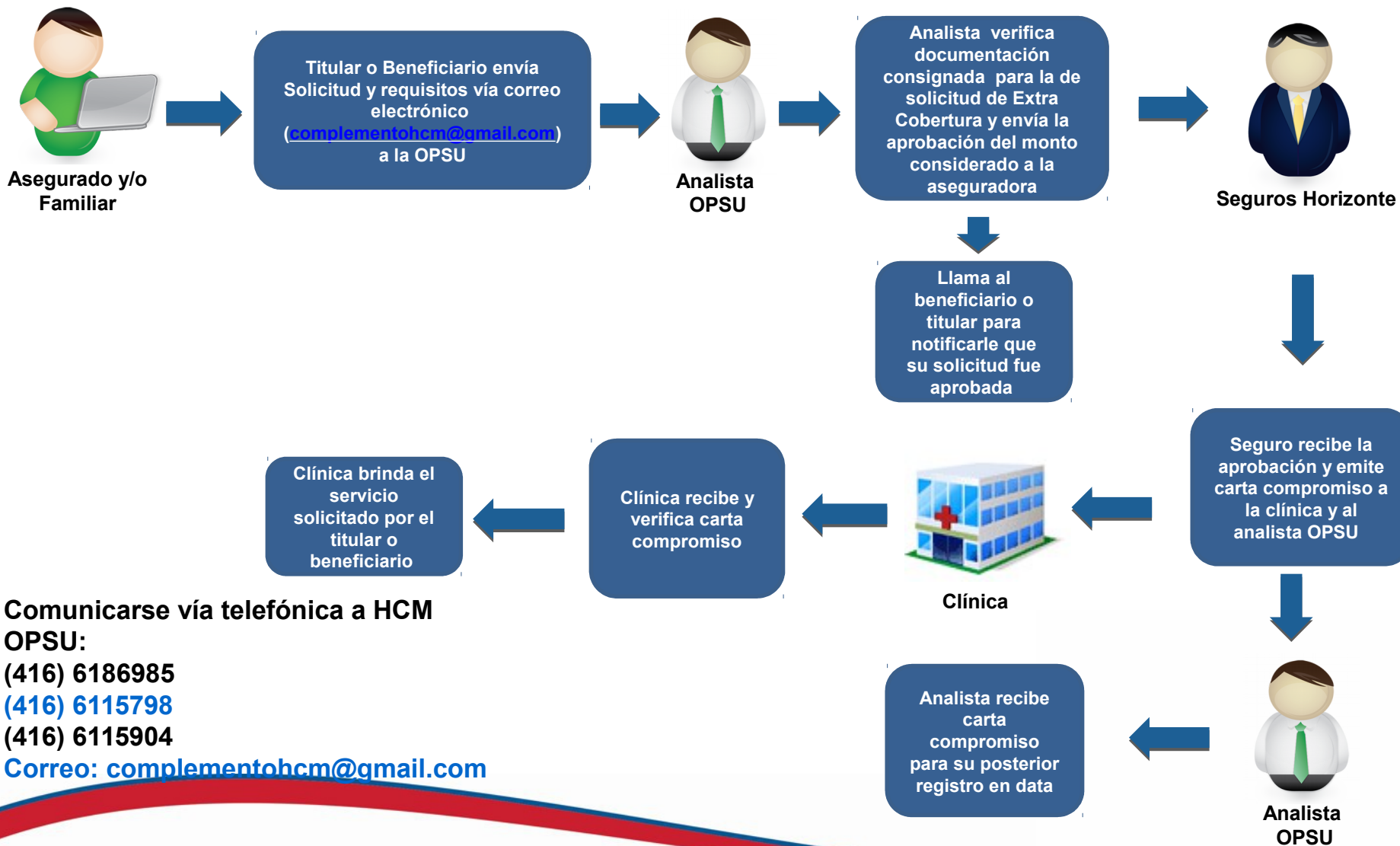
Formulario de solicitud de Extra Cobertura de HCM	
Fecha de la solicitud: _____	
Universidad/Collegio Universitario/ Instituto: _____	
Tipo de solicitud: _____	
Asunto: <input type="checkbox"/> Emergencia <input type="checkbox"/> Programada <input type="checkbox"/> Reembolso <input type="checkbox"/> Reembolso Fallido <input type="checkbox"/>	
Datos del Titular	
Nombres y Apellidos: _____	
Tipo de personal: _____	
Nº de Cédula: _____	
Administrativa <input type="checkbox"/> Docente <input type="checkbox"/> Obrero <input type="checkbox"/>	
Dirección de habitación: _____	
N.º telefónico de contacto: _____ Correo electrónico: _____	
Datos del beneficiario	
Nombres y Apellidos: _____	
Nº de Cédula: _____	
Dirección de habitación: _____	
N.º telefónico de contacto: _____ Correo electrónico: _____	
Información General	
Patología: _____ Tratamiento a realizar: _____	
Monto total del presupuesto o factura: _____ Monto solicitado: _____	
Centro de atención médica: Clínica: _____	
Observaciones: _____	
Requisitos que debe anexar	
Carta de agotamiento de cobertura, emitido por el seguro	Observaciones: Todos los documentos anexos deben estar legibles, visibles, en buen estado y completos para poder tramitar la solicitud.
Copia legible de la C.I. del beneficiario y titular	Obligatoriamente deben ser adjuntados los datos de contacto del titular o el beneficiario.
Constancia de trabajo o copia del carnet actualizado y legible del solicitante	Si la solicitud es por prótesis, debe anexar 3 presupuestos
Tres (3) presupuestos actualizados, factura original, copia fot de la factura o constancia actualizada de la deuda con la clínica, según sea el caso	En el caso que sea reembolso anexar copia del cheque, la libreta o constancia bancaria, debidamente identificada por el mismo banco emisor a nombre del titular o el beneficiario
Informe médico actualizado y legible que indique la patología por la cual hace la solicitud	Si es un reembolso por servicio funerario debe anexar el acta de defunción
Documento que certifique el vínculo familiar con el titular	Si se anula vía correo electrónico, todos los anexos deben ser adjuntados en un (1) solo archivo PDF.
Si la solicitud es por prótesis, debe anexar 3 presupuestos	
En el caso que sea reembolso anexar copia del cheque, la libreta o constancia bancaria, debidamente identificada por el mismo banco emisor a nombre del titular o el beneficiario	
Si es un reembolso por servicio funerario debe anexar el acta de defunción	
Si se anula vía correo electrónico, todos los anexos deben ser adjuntados en un (1) solo archivo PDF.	
<small>                     Nota: Una vez recibidos los documentos se ingresan los datos al sistema. Deben ser enviados vía correo electrónico a: <a href="mailto:complementohcm@gmail.com">complementohcm@gmail.com</a> o en persona a la Dirección, C.A.E. OPSU 3 avda. LAS PAZ 1 Salvador de Lara, TORRE SURRO OPSU, Sector La Florida, República Bolivariana de Venezuela, Caracas, P.O. 2. Avenida Libertador, N°20. Para saber el estado de la solicitud, llamar al N.º telefónico 0212-5500426, dentro del horario de oficina.                 </small>	
Firma del solicitante: _____	
Fecha: _____	

## Aspectos importantes a considerar

- ✓ Si la solicitud es por prótesis, se debe anexar 3 presupuestos
- ✓ En el caso de que sea reembolso anexar la copia del cheque, la libreta o constancia bancaria, debidamente identificado por el mismo banco emisor a nombre del titular o el beneficiario.
- ✓ Es obligatorio colocar al menos un número telefónico de contacto del titular o del beneficiario.
- ✓ Todos los documentos consignados deberán ser adjuntos en un solo archivo PDF.



## Activación de Extra Cobertura De Emergencia



Comunicarse vía telefónica a HCM OPSU:

(416) 6186985


(416) 6115798

(416) 6115904

Correo: [complementohcm@gmail.com](mailto:complementohcm@gmail.com)

# Visualiza tus Planes de Cobertura y Siniestros

## Planes de Cobertura



Seguros **Horizonte**, S.A.

Planes de Cobertura

Portal

Contratante: SH-510 [BOLIVARIANA DE PUERTOS (BOLIPUERTOS), S.A. - PUERTO LA GUAIRA]

Titular								
Nombre:	A JUAN CARLOS AMUNDARAIN GONZALEZ					Cédula/R.I.F.:	14.765.612	
Fecha Vigencia:	31/12/2015 Hasta 31/12/2016							

Afiliados							
Nombre	Cédula	Parentesco	Fecha Nacimiento	Sexo	Fecha Inclusión	Plazo de Espera Básico	Plazo de Espera Exceso
A JUAN CARLOS AMUNDARAIN GONZALEZ	14.765.612	TITULAR	24/06/1962	M	31/12/2015	NO	NO
ZENAIDA AMUNDARAIN	4.121.701	MADRE	19/10/1952	F	31/12/2015	NO	NO
CARLOS JOSE AMUNDARAIN HIDALGO	5.575.821	PADRE	12/05/1958	M	31/12/2015	NO	NO

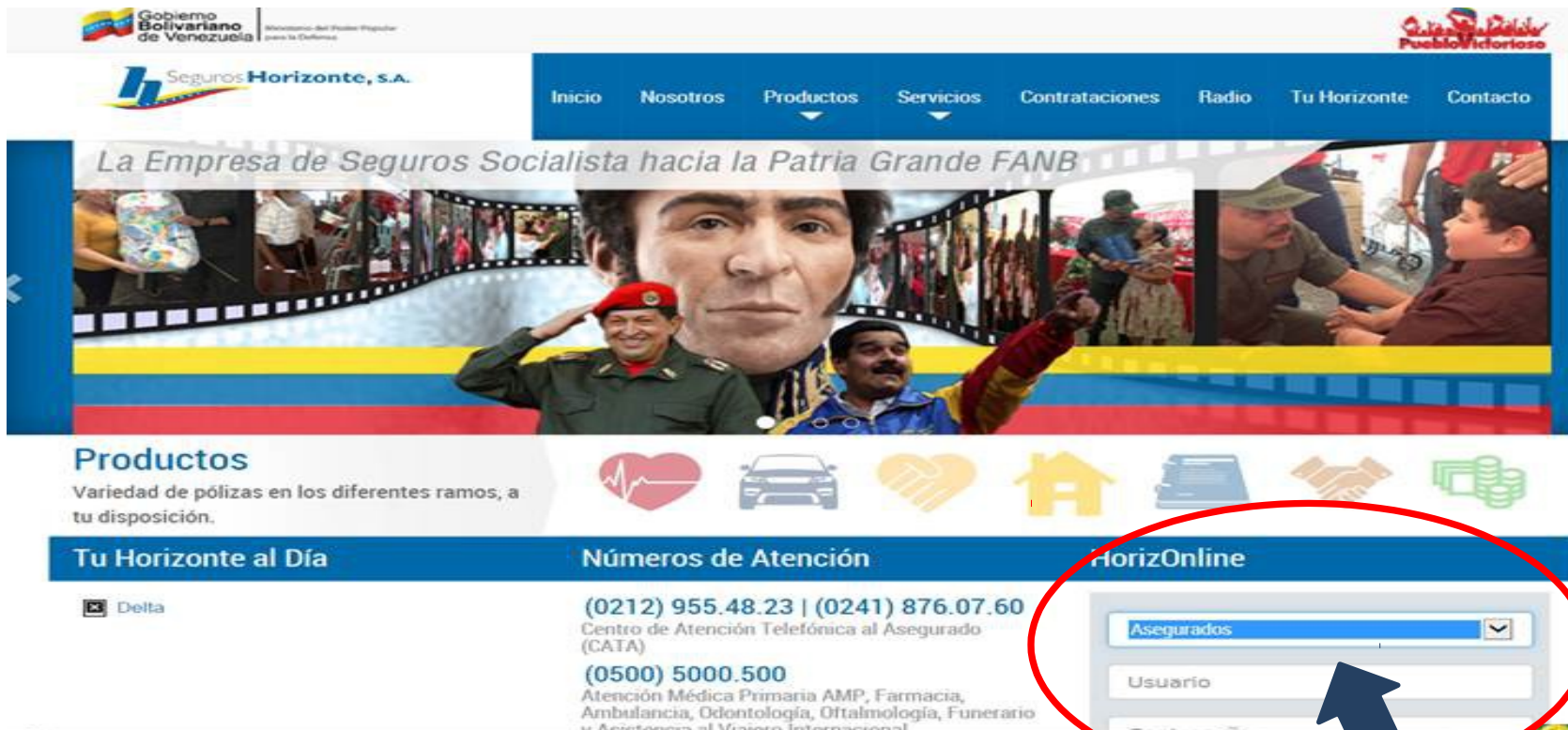
Coberturas						Exceso			
Nombre	Parentesco	Contrato	Plan	Básico		Contrato	Plan	Exceso	
				Suma Asegurada	Deducible			Suma Asegurada	Deducible
A JUAN CARLOS AMUNDARAIN GONZALEZ	TITULAR	SH-510	1	350.000	0				
CARLOS JOSE AMUNDARAIN HIDALGO	PADRE	SH-510	1	350.000	0				
ZENAIDA AMUNDARAIN	MADRE	SH-510	1	350.000	0				

Coberturas Adicionales						
C.I.	Nombre Beneficiario	Parentesco	Tipo	Plan	Cobertura	
14765612	A JUAN CARLOS AMUNDARAIN GONZALEZ	TITULAR	Atención Primaria de Salud, Despacho de Medicamentos			
5575821	CARLOS JOSE AMUNDARAIN HIDALGO	PADRE	Atención Primaria de Salud, Despacho de Medicamentos			
4121701	ZENAIDA AMUNDARAIN	MADRE	Atención Primaria de Salud, Despacho de Medicamentos			

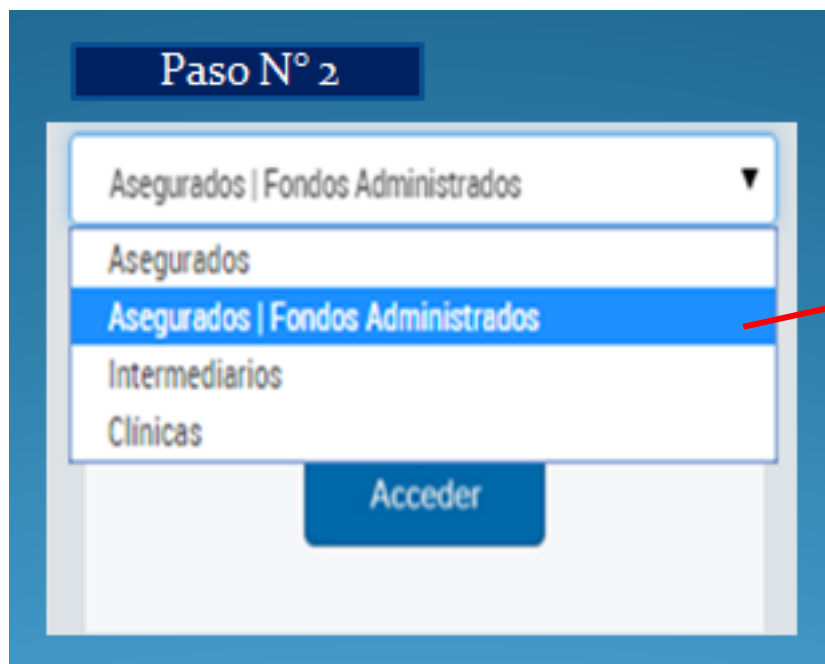
# Registraste tus Datos en **HORIZ-ONLINE?**

## Paso N° 1



The screenshot shows the website interface for Seguros Horizonte. At the top, there are logos for the Gobierno Bolivariano de Venezuela and Seguros Horizonte, S.A. A navigation menu includes links for Inicio, Nosotros, Productos, Servicios, Contrataciones, Radio, Tu Horizonte, and Contacto. A large banner features a filmstrip with images of people and a portrait of a man in military uniform. Below the banner, there is a 'Productos' section with icons for health, car, life, home, and other services. A 'Tu Horizonte al Día' section includes a Delta logo. The 'Números de Atención' section lists phone numbers: (0212) 955.48.23 | (0241) 876.07.60 for CATA, and (0500) 5000.500 for medical and international assistance. The 'HorizOnline' section is circled in red and contains a dropdown menu with 'Asegurados' selected and a 'Usuario' input field. A blue arrow points to the 'Asegurados' dropdown.


# Regístrate en **HORIZ-ONLINE**



**Nota:** El Usuario deberá ingresar en el Modulo de Asegurados – Fondo Administrado para registrarse como Asegurado

# Visualiza tus Planes de Cobertura y Siniestros

## Planes de Cobertura



**Planes de Cobertura** Portal

Contratante: SH-510 [BOLIVARIANA DE PUERTOS (BOLIPUERTOS), S.A. - PUERTO LA GUAIRA]

**Titular**

Nombre:	A JUAN CARLOS AMUNDARAIN GONZALEZ		Cédula/R.I.F.:	14.765.612
Fecha Vigencia:	31/12/2015 Hasta 31/12/2016			

**Afiliados**

Nombre	Cédula	Parentesco	Fecha Nacimiento	Sexo	Fecha Inclusión	Plazo de Espera Básico	Plazo de Espera Exceso
A JUAN CARLOS AMUNDARAIN GONZALEZ	14.765.612	TITULAR	24/06/1962	M	31/12/2015	NO	NO
ZENAIDA AMUNDARAIN	4.121.701	MADRE	19/10/1952	F	31/12/2015	NO	NO
CARLOS JOSE AMUNDARAIN HIDALGO	5.575.821	PADRE	12/05/1958	M	31/12/2015	NO	NO

**Coberturas**

Nombre	Parentesco	Básico				Exceso			
		Contrato	Plan	Suma Asegurada	Deducible	Contrato	Plan	Suma Asegurada	Deducible
A JUAN CARLOS AMUNDARAIN GONZALEZ	TITULAR	SH-510	1	350.000	0				
CARLOS JOSE AMUNDARAIN HIDALGO	PADRE	SH-510	1	350.000	0				
ZENAIDA AMUNDARAIN	MADRE	SH-510	1	350.000	0				

**Coberturas Adicionales**

C.I.	Nombre Beneficiario	Parentesco	Tipo	Plan	Cobertura
14765612	A JUAN CARLOS AMUNDARAIN GONZALEZ	TITULAR	Atención Primaria de Salud, Despacho de Medicamentos		
5575821	CARLOS JOSE AMUNDARAIN HIDALGO	PADRE	Atención Primaria de Salud, Despacho de Medicamentos		
4121701	ZENAIDA AMUNDARAIN	MADRE	Atención Primaria de Salud, Despacho de Medicamentos		

[Reclamos](#)



# Ingresa tus Datos en **HORIZ-ONLINE**

Paso N° 4

 **Seguros Horizonte, S.A.**

**Registrarse** Inicio

Tipo Usuario:(\*)

Usuario (Cedula de Identidad):(\*)

Clave:(\*)

Confirmar Clave:(\*)

Fecha Nacimiento:(\*)

Correo Electrónico:(\*)

Teléfono Habitación:

Celular:(\*)

Teléfono Oficina:

Estado:

Ciudad:

Municipio:

Dirección:

Código Postal:

Pregunta Secreta:(\*)


Respuesta:(\*)

(\*) Campos obligatorios

**Nota:** El Usuario deberá ingresar sus Datos Personales en el Modulo de Asegurados – Fondo Administrado para registrarse como Asegurado para poder acceder a toda la información relacionada con su Póliza.

# Visualiza el detalle de tu Póliza

Paso N° 5


Inicio

Portal del Afiliado

Condiciones Particulares

Red de Clínicas

Planes

Reclamos

Solicitud de Reembolso

Solicitud Carta Aval

Constancia de Afiliación

Carta

Reporte de Reclamos

Modificar datos de Registro

**Bienvenido(a) ADELICIA JOSEFINA RODRIGUEZ COVA**  
**Contratante: MINISTERIO DEL PODER POPULAR DE PLANIFICACIÓN**

Datos Generales

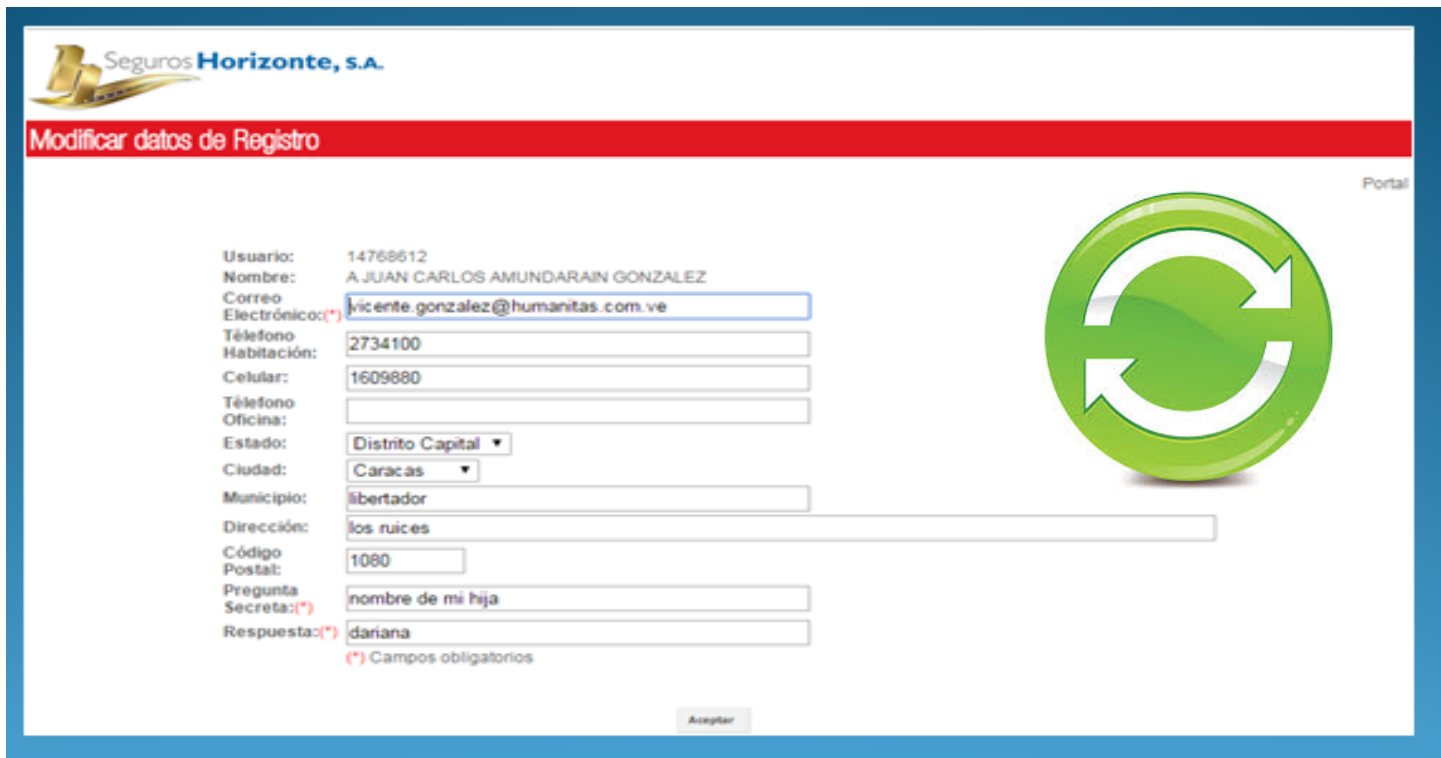
Contrato: SH-216  
 Fecha de Vigencia: 31/12/2015 hasta 31/12/2016


Status del Plan: ● Vencido ● Vigente

Afiliados		
Nombre	Cédula	Parentesco
ADELICIA JOSEFINA RODRIGUEZ COVA	8.249.513	TITULAR
ADELICIA TEODORA COVA DE RODRIGUEZ	5.078.726	MADRE
LORENZO RODRIGUEZ	319.357	PADRE



# Mantén Actualizados tus Datos al Día



 Seguros **Horizonte, S.A.**

**Modificar datos de Registro** Portal

Usuario: 14768612  
Nombre: A JUAN CARLOS AMUNDARAIN GONZALEZ  
Correo Electrónico:(\*)   
Teléfono Habitación:   
Celular:   
Teléfono Oficina:   
Estado:   
Ciudad:   
Municipio:   
Dirección:   
Código Postal:   
Pregunta Secreta:(\*)   
Respuesta:(\*)   
(\*) Campos obligatorios

**Nota:** El Usuario deberá mantener sus Datos Actualizados a fin de contar con información detallada concerniente a su Póliza como Beneficios y Notificaciones Informativas.

# Genera de Cartas de Asegurabilidad



**A QUIEN PUEDE INTERESAR**

Por medio de la presente se hace constar que el Sr (a) **JUAN CARLOS AMENDARAIN GONZALEZ, C.I. Nro. 4768812**, está amparado(a) bajo el contrato Nro. **SH-510** emitido para la empresa **BOLIVARIANA DE PUERTOS (NOLIVPUERTOS), S.A. - PUERTO LA GUAYRA** bajo las siguientes coberturas:

**NUMERO: 31/12/2015**  
**PERIODO DE COBERTURA: 31/12/2015 al 31/12/2016**

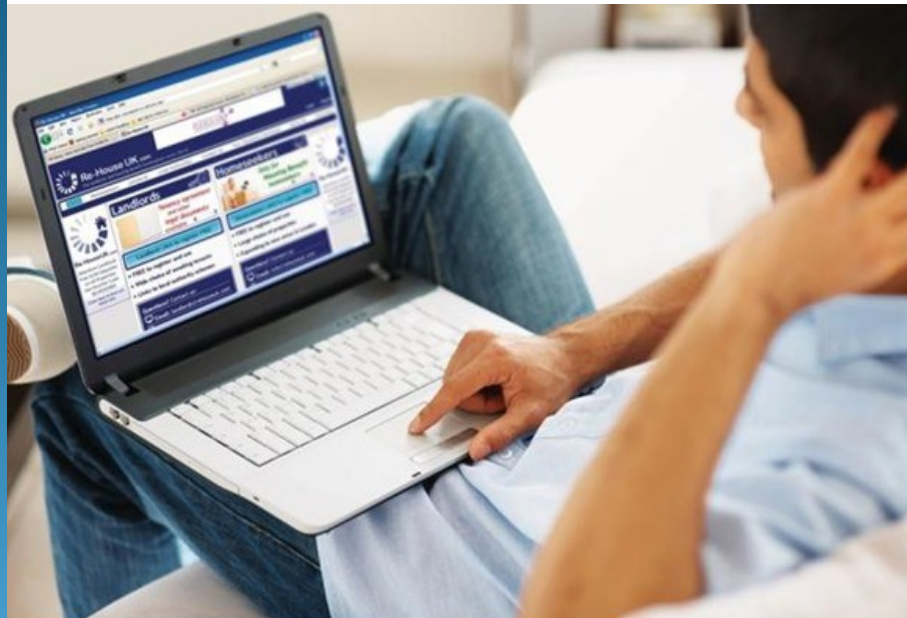
<b>HOSPITALIZACIÓN Y CIRUGIA:</b>	
COBERTURA BÁSICA:	\$uf. 300.000
% REEMBOLSO CLÍNICAS ORIGINAS:	100%
DEDUCIBLE:	\$uf. 0
<b>MATERNICIDAD:</b>	
COBERTURA:	\$uf. 100.000
<b>AMBULATORIO:</b>	
COBERTURA:	\$uf. 300.000
% REEMBOLSO CLÍNICAS ORIGINAS:	100%
DEDUCIBLE:	\$uf. 0
<b>ENFERMEDAD:</b>	
COBERTURA:	
% REEMBOLSO CLÍNICAS ORIGINAS:	
DEDUCIBLE:	

**siendo su carga Familiar:**

APELLIDOS Y NOMBRES	CÉDULA	PARENTESCO	FECHA NACIMIENTO	SEXO	FECHA INCLUSIÓN	STATUS
CARLOS JOSE ALFONSO PARRA REVALGO	957901	PADRE	13/07/1958	M	31/12/2015	INCLUIDO
ZENAIWA AMENDARAIN	4131791	MADRE	19/10/1962	F	31/12/2015	INCLUIDO

Nota: Se adjunta siniestralidad.

Instancia que se expide a petición de la parte interesada en Caracas, el día 08/01/2016 Hora: 1:44:41 AM



# Verifica Red de Clínicas y Servicios



- ♥ Servicios Médicos
- 📄 Cotizadores en Línea
- 👤 Red de Clínicas/Talleres
- 📞 Atención directa al usuario
- 📄 Descarga de Planillas

Ponemos a tu disposición el listado de los Servicios Médicos de los cuales puedes disfrutar.

- Servicios Médicos
- Fondos Administrados

Es un plan de servicio de salud, el cual ofrece el resguardo y ad... privadas, mediante un contrato, políticas y condiciones acordadas... coberturas y servicios que serán cubierto a través de nuestros pr... ofrecer un amparo de calidad en cuanto al derecho a la salud se refie... a nivel nacional para la atención de cada uno de nuestros afiliados.

## Bondades para el usuario

- Atención personalizada las 24 horas al día.
- Servicios complementarios ( funerario, ambulancia, farmacia, pag...
- Amplia Red de Proveedores de Servicios Médicos
- Portal del afiliado vía web que permite la verificación y monitoreo

## Bondades para los contratantes



### Fondos Administrados



Inicio > Servicios > Servicios > Fondos Administrados

#### Fondos Administrados

- Ambulancia
- Funerario
- Farmacia
- Atención Médica Primaria
- Emergencia
- Carta de Compromiso
- Reembolso
- Oftalmología
- Odontología

Buscar

Buscar

Compartir



Publicidad



Contacto Fondos Administrados

0212-9554932 / 4932 / 4930 / 4931

0212- 5050433

Emergencia 0424 - 839476

# Presencia Nacional

## 25 Sucursales

1. Barinas.
2. Barquisimeto.
3. Chacaíto - Credicard
4. Campo Alegre.
5. Catia La Mar.
6. Charallave
7. Coro.
8. Guarenas – Guatire.
9. IPSFA.
10. Margarita.
11. Maracay .
12. Maracaibo .
13. Maturín.
14. Mérida.
15. Puerto Ordaz .
16. Punto Fijo.
17. Puerto La Cruz .
18. San Antonio de los Altos.
19. San Cristóbal.
20. San Fernando de Apure.
21. San Juan de Los Morros.
22. San Felipe.
23. Valencia.
24. Valera.
25. Cumaná



Es decir **49** centros de atención a nuestros usuarios y usuarias en todos los estados del país... y siguen creciendo

Correo :

[horizontefdmsubgerencia@gmail.com](mailto:horizontefdmsubgerencia@gmail.com)

## 17 Oficinas

1. Comandancia Ejército
2. Comandancia Armada
3. Comandancia Aviación
4. Comandancia Guardia Nacional
5. Guanare
6. Puerto Cabello
7. Guacara
  
8. Tucupita
9. Hospital Militar Caracas
0. Hospital Militar Maracay
11. Hospital Militar San Cristóbal
12. Hospital Militar Margarita
13. Policlínica GNB
  
14. Punto Express-Círculo Militar
15. Puerto Ayacucho
16. Círculo Militar de San Cristóbal
17. Oficina Enlace Hospital Militar Dr. Francisco Valbuena

## 7 Agencias

1. Acarigua
2. Cagua
3. Carúpano
4. Calabozo
5. Ciudad Bolívar
6. El Vigía
7. Valle de la Pascua

24 Horas

# Teléfonos de Atención

Unidades de Atención	Números Telefónicos
Recepción	0212-955.49.90
Recepción Gerencial	0212-955.49.87
Reclamos	0212-955.49.33
Coordinación de Suscripción	0212-955.49.30
Coordinación de Atención a Clínicas	0212-955.49.89
Servicios Complementarios	0212-955.49.93
Coordinación de Reembolso	0212-955.49.94
<b>Teléfonos de Apoyo al Usuario:</b>	0424-183.94.76
	0424-240.67.18
<b>Teléfonos Únicamente para Clínicas</b>	0212-273.14.04
<b>Call Center</b>	0212-273.14.05
Ibrahim Kawsac	0424-194.49.50
Jaseft El Sayed	0424-918.81.77
Daniel Ruiz	0414-735.18.09
Giovani Camargioli	0424-728.57.21
Yuher Barrios	0424-226.82.31
Ronni Hernandez	0424-702.28.37
Edgar Jimenez	0424-539.37.84
Richard Parada	0416-611.57.98
Xorelis Guzman	0416-611.59.04
Reinaldo Gutierrez	0416-618.69.85
Nelsy Fernández	0412-379.62.29
Emily Delgado	0212-506.04.26
Linlys Solorzano	0212-506.04.26