SOLICITUD DE REEMBOLSO

Para ser completados por el afiliado (con letra imprenta y legible)

DATOS DEL TITULAR

Apellido Paterno: _____ Apellido Materno: _____

Nombres: _____ DNI/CE/Pasaporte: _____ Edad: _____

DATOS DEL PACIENTE

Apellido Paterno: _____ Apellido Materno: _____

Nombres: _____ DNI/CE/Pasaporte: _____ Edad: _____

Número telefónico: _____

Parentesco

Cónyuge: ☐ Hijo(a): ☐ Padre/Madre: ☐ Sexo: M F

De conformidad con lo establecido con la Ley Nro. 29733 – Ley de Protección de Datos Personales y su Reglamento, quien suscribe el presente documento, queda informado y da su consentimiento libre, expreso, inequívoco e informado, para el tratamiento y transferencia, nacional e internacional de sus datos personales a la base de datos de SANITAS PERÚ S.A., conjuntamente con cualquier otro dato que pudiera facilitarse a lo largo de la relación jurídica y aquellos obtenidos en fuentes accesibles al público, se tratarán con las finalidades de analizar las circunstancias al celebrar contratos con SANITAS PERÚ S.A., gestionar la contratación y evaluar la calidad del servicio.
Los datos suministrados son esenciales para las finalidades indicadas. Las bases de datos donde ellos se almacenan cuentan con estrictas medidas de seguridad. En caso se decida no proporcionarlos, no será posible la prestación de servicios por parte de SANITAS PERÚ S.A. Conforme a ley, el titular de la información está facultado a ejercitar los derechos de información, acceso, rectificación, supresión o cancelación y oposición que se detallan en la Ley Nro. 29733 – Ley de Protección de Datos Personales y su Reglamento, mediante comunicación dirigida a SANITAS PERÚ S.A.

FORMA DE PAGO (si mantiene una cuenta registrada obviar el llenado)

☐ Abono en Cuenta

Banco

☐ Banco de Crédito BCP ☐ BBVA Continental ☐ Interbank ☐ Scotiabank ☐ Otro: _____

Tipo de cuenta[1]: ☐ Cuenta de ahorros ☐ Cuenta corriente

Nro. de cuenta ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

CCI ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Nombre del titular de la cuenta: _____

Correo: _____

Documento con el cual abrió la cuenta declarada anteriormente:

☐ DNI: _____

☐ RUC: _____

☐ CE: _____

[1]Revisar el formato de número de cuenta que deberá ser utilizado para la transferencia, de acuerdo a los siguientes formatos: Banco Continental (La cuenta corriente o de ahorro debe tener 20 dígitos), Banco de Crédito (La cuenta corriente debe tener 13 dígitos y la de ahorro 14 dígitos), Scotiabank (La cuenta corriente o de ahorros debe tener 10 dígitos), Interbank (La cuenta corriente o de ahorros debe tener 13 dígitos).

[2]El afiliado declara que todos los datos descritos en la presenta solicitud, son válidas y que cualquier error en la información brindada sin previo aviso a Sanitas, podrá afectar el pago o el tiempo del reembolso; en dichos casos la responsabilidad recaerá directamente en el AFILIADO.

Firma del titular de la Póliza de Salud

Las declaraciones anteriores son verdaderas y, en tal sentido, el afiliado/asegurado suscribe la presente declaración, la cual tendrá el carácter de declaración jurada. Asimismo, de conformidad con el artículo 25 inciso a) de la Ley General de Salud 26842, el afiliado/asegurado presta su consentimiento para que las clínicas o médicos tratantes proporcionen a la compañía, cualquier información del acto médico, relacionado a la atención, tales como historia clínica, certificados e informes, dispensándolos de la reserva de información. Sin perjuicio de lo expuesto el afiliado/asegurado reconoce que las clínicas o médicos tratantes están exceptuados de la reserva de información, por lo que estos podrán brindar a la aseguradora o a la administradora del financiamiento toda la información relacionada con el acto médico del afiliado/asegurado, siempre que fuese con fines de reembolso, pago de beneficios, fiscalización o auditoria.

Para se completados por el Médico Tratante (todos los campos deberán ser llenados obligatoriamente)

Nombre del Paciente:			
Tiempo de enfermedad:		**CIE 10:**	
Signos y Síntomas:			
Diagnóstico:			
N° de Consultas		**Fechas de consultas:**	
Indicaciones:			

Adjunta: **Laboratorio:** ☐ **Imágenes:** ☐ **Procedimiento:** ☐

Nombre del Médico: _____

Nombres Apellidos

Fecha: ☐☐☐

Firma y Sello del Médico Tratante

Recuerda que el beneficio de reembolso esta sujeto a las mismas políticas y exclusiones que las atenciones por crédito.
Todo reembolso esta sujeto a las condiciones de su plan de salud y la validación de auditoria medica.

¿QUÉ DEBO PRESENTAR?

AMBULATORIO

1. Facturas originales a nombre de Sanitas Perú S.A. con RUC: 20523470761 o el recibo de honorarios a nombre del paciente.

Medicinas:

1. Receta original con: los nombres de los medicamentos, la fecha de la consulta, datos del paciente, firma y sello del medico tratante indicando el CMP.

2. Facturas originales a nombre de Sanitas Perú S.A. con RUC: 20523470761".

Procedimientos o exámenes:

1. Orden de exámenes auxiliares o procedimientos con fecha y firma del medico tratante.

2. Resultados de los exámenes auxiliares o procedimientos en original o copia.

3. Factura original a nombre e Sanitas Perú S.A. con RUC: 20523470761 , de los procedimientos y/o exámenes auxiliares.

HOSPITALIZACIÓN

1. Facturas originales a nombre de Sanitas Perú S.A. con RUC: 20523470761 de los gastos finales de la hospitalización.
2. Recibo de honorarios individual y detallado por cada medico , enfermera o especialista que intervino en proceso operatorio.
3. Epicrisis original o copia de (documento emitido por la clínica que resume los datos médicos de ingreso, evolución y alta del paciente).

4. Reporte operatorio en original o copia (solo en caso de intervención quirúrgica).

5. Resultados de anatomía patológica en original o copia (solo si hubo patología).

MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN

1. Factura original a nombre de Sanitas Perú S.A. con RUC: 20523470761.

2. Orden de terapia física o rehabilitación firmada y sellada por el medico tratante.
Nota: No son válidas si son ordenadas por terapistas y/o tecnólogo médicos.

3. Informe médico final de realización de terapias donde especifique el tipo de terapia recibido y el cronograma de sesiones indicando las fechas de la atención.

¿QUÉ DEBO TENER EN CUENTA?

1. Todos los documentos presentados para el reembolso ***no deberán tener enmendaduras ni borrones*** .

2. Los exámenes y/o farmacia deben ser derivados de una atención ambulatoria por reembolso, no se gestionaran atenciones mixtas (consulta por crédito y exámenes o farmacia por reembolso).

3. Auditoría Médica podrá solicitar mayor información para poder atender tu solicitud de reembolso.

4. El reembolso no cubrirán procedimientos, medicamentos, exámenes, entre otros que no guarden relación con el Diagnostico precisado en la Solicitud de Reembolso.

5. El plazo máximo establecido para presentar los reembolsos es de ***90 días calendarios contados desde la fecha de la atención*** .

6. Recuerda que todos los gastos por servicios de clínica, honorarios médicos, procedimientos, laboratorio, ecografía, radiología, resonancia magnética, tomografía o gammagrafías son evaluados en base al tarifario de Sanitas.

7. La aceptación de boletas están afectas al ***descuento del 18% del IGV.***
8. El tiempo de evaluación de tu reembolso podrá extenderse según complejidad de tu requerimiento.

9. Tus reembolsos serán pagados en la misma moneda convenida en tu plan de salud.

10. El plazo máximo para el pago de tu reembolso***mediante abono en cuenta es de 06 días útile*** s ; en caso de ***pagos mediante cheques es de 8 días útiles*** (no cuentan sábados, domingos y feriados)

11. El pago de reembolsos mediante abono en cuenta, ***no esta afecta a ningún tipo de comisión.***

12. Las facturas deben ir a nombre de ***Sanitas Perú S.A.*** con RUC: ***20523470761.***

13. Todas las facturas presentadas deberán ser presentados con el **sello de "CANCELADO".**

IMPORTANTE: El beneficio de reembolsos se realizará siempre que lo indique tu Plan de Salud contratado.