Oficina Principal Torre Pacífico: Juan de Arona 830, San Isidro, Lima 27, Perú
Central de Información y Consultas: Conversa con Vera, nuestra asistente virtual vía **www.pacifico.com.pe** o a través de nuestro WhatsApp al **994 151 515**

pacífico

Solicitud de reembolso de atención médica

Limpiar Formulario

☐ Pacífico EPS ☐ Pacífico Seguros - N° de póliza: _____

Para ser completado por el titular

TITULAR DE PÓLIZA/PLAN EPS: _____ EDAD: _____
Nombres Apellido paterno Apellido materno

PACIENTE ATENDIDO: _____ EDAD: _____
Nombres Apellido paterno Apellido materno

FORMA DE PAGO Selecciona una de las dos formas:

1.

☐ Abono en una cuenta a nombre del titular de la póliza/plan.
48 horas más rápido que la orden de pago. Completa la siguiente información bancaria.

☐ DNI: _____
☐ CE: _____

BANCO:
☐ BCP Ahorros
☐ Scotiabank
☐ Otro: _____

TIPO DE CUENTA:
☐ Ahorros
☐ Corriente
☐ Maestra (BCP)

MANCOMUNADA:
☐ Sí
☐ No

TIPO DE MONEDA:
☐ Soles
☐ Dólares

NÚMERO DE CUENTA (BCP, Scotiabank) o **CÓDIGO INTERBANCARIO CCI** (resto de bancos). No usar guiones, puntos o separaciones.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Número de dígitos por tipo de cuenta: BCP Ahorros: 14 dígitos; BCP Cuenta Corriente e Interbank: 13 dígitos; Scotiabank: 10 dígitos; y Continental: 20 dígitos (0011 + 16 dígitos).

2.

☐ **Orden de Pago**
Acercarse a ventanillas del banco BBVA para recoger el reembolso.

Email (para comunicar abono): _____

Firma del paciente
En caso el paciente sea menor de edad, debe firmar el representante legal.

Empresa (razón social):
Solo afiliados a Pacífico EPS
Certificamos que el solicitante de la atención médica pertenece a nuestra empresa y tiene derecho a los beneficios contratados en nuestro plan 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 auditoría.

Para ser completado por el médico tratante

MÉDICO TRATANTE: _____
Nombres Apellido paterno Apellido materno

FECHA DE ATENCIÓN (dd/mm/aa): _____

¿ESTÁ GESTANDO? ☐ SÍ ☐ NO

F.U.R. (dd/mm/aa): _____

TIEMPO DE GESTACIÓN (semanas): _____

SÍNTOMAS Y SIGNOS:	DIAGNÓSTICO Y PROCEDIMIENTOS:	CIE10:
		FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO

Información sobre los reembolsos

A. ¿Qué documentación es necesaria?

Para todos los casos, por favor adjunta esta solicitud debidamente completada.

HOSPITALIZACIÓN Y CIRUGÍAS

1. Factura por honorarios médicos a nombre de Pacífico (ver sección D).
2. Factura por gastos finales de la clínica a nombre de Pacífico y liquidación de gastos detallada.
3. Copia de epicrisis.
4. Copia del reporte operatorio (en caso de intervención quirúrgica).
5. Copia del resultado de anatomía patológica (en caso de haberla).

CONSULTAS AMBULATORIAS

1. Factura a nombre de Pacífico (ver sección D).

Medicinas

2. Receta médica con medicamentos prescritos incluyendo el tipo de presentación, fecha, tiempo de tratamiento, firma y sello del médico tratante.

Procedimientos o exámenes

3. Copia de la orden médica.
4. Factura a nombre de Pacífico (ver sección D) con detalle desagregado del procedimiento realizado.
5. Copia de los resultados de exámenes realizados.

TERAPIA FÍSICA POR TIEMPO PROLONGADO

1. Factura a nombre de Pacífico (ver sección D) detallando el número de sesiones recibidas.
2. Informe del médico fisiatra actualizado cada 6 meses, firmado y sellado, que detalle el diagnóstico, la evolución de la enfermedad, el tipo de terapias y el motivo de continuación.

CONTINUIDAD DE TRATAMIENTO

1. Receta médica que incluya nombre del paciente, diagnóstico por continuidad de tratamiento, medicamentos, tiempo de tratamiento, fecha, firma y sello del médico tratante. Debe indicarse el número de liquidación del reembolso anterior.
2. Factura a nombre de Pacífico (ver sección D) con detalle de costos (original).

B. ¿Qué debes tomar en cuenta?

1. Los expedientes estarán sujetos a las condiciones de tu plan/póliza y a auditoría médica.
2. Los reembolsos se liquidarán de acuerdo al Tarifario Pacífico. (www.pacifico.com.pe). Puede no reconocer la totalidad de lo gastado.
3. El beneficio por doble seguro solo reconoce gastos por deducible y coaseguro.
4. Tienes 90 días desde tu atención para solicitar tu reembolso.

Importante: Las preexistencias no están cubiertas.

C. ¿Cómo se calcula tu reembolso?

Por ejemplo, para una atención por consulta y medicamentos:

Gastos presentados		Gastos cubiertos
Consulta:	S/ 300	S/ 300 - S/ 50*= S/ 250
Medicamentos:	S/ 200	S/ 200
Total:	S/ 500	S/ 450

*Exceso de cobertura. Se aplica tarifario.

Se resta el deducible al monto cubierto:

Cubierto		Deducible		Base
S/ 450	-	S/ 105	=	S/ 345

Después se aplica un coaseguro según la cobertura de tu plan/póliza al resultado anterior. Por ejemplo:

Base		Coaseguro		Reembolso
S/ 345	x	70%	=	S/ 241,50

Esta estimación sufriría cambios si alguna característica de tu atención no estuviera cubierta.

D. Instrucciones para tus facturas

PARA PLAN DE SALUD PACÍFICO EPS

Factura emitida a nombre de Pacífico S.A. Entidad Prestadora de Salud, RUC 20431115825.

PARA PÓLIZA DE SALUD PACÍFICO SEGUROS

Factura emitida a nombre de Pacífico Compañía de Seguros y Reaseguros, RUC 20332970411.

E. Instrucciones para el médico

1. El diagnóstico que presenta el paciente debe sustentar los medicamentos y exámenes solicitados.
2. En caso de indicar medicamentos, debe generar una receta especificando los mismos, la dosis y el tiempo del tratamiento.
3. En caso de indicar exámenes, debe emitir una orden especificando el examen a realizar y sustentando el motivo.
4. En caso de realizar procedimientos, el comprobante de pago debe detallar el costo de cada procedimiento por separado.

Ventajas de atenderte a crédito en nuestra Red de Clínicas

Recuerda que atenderte dentro de nuestra Red de Clínicas afiliadas bajo la modalidad de crédito es más económico. Además, encontrarás orientación personalizada y atención integral.

Reembolsos Salud

Si cuentas con los seguros Medicvida Nacional o Medicvida Internacional, Plan de Salud EPS 1 y 2 (siempre que tu plan contemple el beneficio de reembolso), gestiona tus reembolsos y hazle seguimiento a través de nuestro aplicativo **Mi Espacio Pacífico.**

Descárgalo haciendo clic **aquí.**