# SOLICITUD DE ATENCIÓN MÉDICA

EPS ☐ AMF ☐

Crédito ☐ Reembolso ☐ Ambulatorio ☐ Hospitalario ☐ Emergencia ☐

TIPO DE ATENCIÓN

PARA SER COMPLETADO POR EL TITULAR

## 1. DATOS DEL CONTRATANTE O EMPRESA

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: | RUC

## 2. DATOS DE TITULAR

NOMBRES Y APELLIDOS | M | F | SEXO

DNI | CE | PASAPORTE | TIPO DE DOCUMENTO N° | CORREO ELECTRÓNICO | TELÉFONO

## 3. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS

DNI | CE | PASAPORTE | TIPO DE DOCUMENTO N° | M | F | SEXO

TITULAR ☐ | CÓNYUGE ☐ | HIJO ☐ | PADRE ☐ | MADRE ☐ | PARENTESCO

ESTABLECIMIENTO DE SALUD

En caso de atención por emergencia detallar con claridad las circunstancias (dónde, como, cuando):

_____

Firma del Paciente o Titular

Las declaraciones anteriores son verdaderas, y en tal sentido, el afiliado 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 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 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, siempre que fuese con fines de reembolso, pago de beneficios, fiscalización o auditoria.



PARA SER COMPLETADO POR EL MÉDICO TRATANTE

ESPECIALIDAD

DNI: | CMP: | RNE: | DOCUMENTO | TELÉFONO

SINTOMAS Y/O SIGNOS QUE PRESENTA EL PACIENTE: | TIEMPO DE ENFERMEDAD:

SI | NO | ANTECEDENTES DETALLE | SI | NO | ESTA GESTANDO | F.U.R | TIEMPO DE GESTACIÓN (EN SEMANAS)

| CÓD. CIE 10 (diagnóstico) | DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO |
|---|---|
| | |
| | |
| | |

SI | NO | EXÁMENES AUXILIARES CUÁLES

TRATAMIENTO

Nº DE CONSULTAS

/ / | FECHA DE CONSULTAS | / / | FECHA | FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO TRATANTE

La Positiva Seguros y Reaseguros
Calle Francisco Masías N.° 370, San Isidro, Lima – Perú RUC.: 20100210909 Telf.: (511)211-0000 www.lapositiva.com.pe

## PARA SER COMPLETADO POR EL AUDITOR MÉDICO DE LA POSITIVA

| SI | NO | |
|---|---|---|

CUBIERTO MOTIVO Y/O CAUSA

| / / | |
|---|---|

FECHA FIRMA Y SELLO DEL AUTOR MÉDICO

IMPORTANTE: Quien firma y suscribe, certifica la autenticidad de los datos del presente formulario, en general y especialmente en los siguientes tópicos: veracidad del diagnóstico correspondencia entre diagnóstico y prescripción.

## DOCUMENTACIÓN REQUERIDA PARA TRAMITAR UN REEMBOLSO

Se debe presentar a la persona responsable de su empresa, los siguientes documentos, según sea el caso:

### ATENCIÓN AMBULATORIA Y HOSPITALARIA: Marcar con un check (✓) donde corresponda.

| Emergencia | Consulta Externa | Hospitalización Médico/Quirúrgica | Atención Odontológica | Servicios Auxiliares | Medicina Física |
|---|---|---|---|---|---|
| Solicitud de Atención Médica ☐ | Solicitud de Atención Médica ☐ | Solicitud de Atención Médica ☐ | Solicitud de Atención Médica ☐ | Solicitud de Atención Médica ☐ | Solicitud de Atención Médica ☐ |
| Factura original de Farmacia ☐ | Factura original de Farmacia ☐ | Preliquidación de la Clínica ☐ | Odontograma llenado correctamente ☐ | Factura emitida por la IPRESS ☐ | Factura emitida por la IPRESS ☐ |
| Recibo por honorarios profesionales ☐ | Recibo por honorarios profesionales ☐ | Recibo por honorarios individual por cada médico ☐ | Radiografía dental y/o imágenes (concuerdan con el tratamiento realizado e imagenes de apoyo) ☐ | | Cronograma de terapias realizadas ☐ |
| Recetas médicas ☐ | Recetas médicas ☐ | Reporte Operatorio y Hoja de anestesia ☐ | Informe médico ☐ | Solicitud original de los exámenes auxiliares ☐ | Informe médico ☐ |
| Resultados de exámenes auxiliares ☐ | Resultados de exámenes auxiliares ☐ | Resultado de Anatomía Patológica ☐ | Factura emitida por la IPRESS ☐ | Resultados de exámenes auxiliares ☐ | |

## AUTORIZACIÓN PARA CASOS DE REEMBOLSO EN CUENTA BANCARIA

Yo_____identificado con DNI número_____, con domicilio en _____, autorizo realicen el depósito por concepto de Reembolso a mi cuenta cuyos datos son:

### DATOS DE CUENTA BANCARIA

| INTERBANK ☐ | CRÉDITO (BCP) ☐ | SCOTIABANK ☐ | CONTINENTAL ☐ |
|---|---|---|---|

BANCOS

| AHORROS ☐ | CUENTA CORRIENTE ☐ | CUENTA MAESTRA ☐ |
|---|---|---|

TIPO DE CUENTA

| SOLES | DÓLARES | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

TIPO DE MONEDA Nº



_____
Firma del Asegurado Titular

- Todos los pagos de reembolso vía abono en cuenta se realizarán únicamente a la cuenta detallada en el presente documentos. Solo proceden cuentas propias de titulares.
- La moneda de la cuenta bancaria debe ser la misma que la moneda de la póliza, si son diferentes no se procederá a registrar la cuenta bancaria para el pago del reembolso, se solicitará al asegurado el envió de una nueva cuenta en la moneda correspondiente.

## IMPORTANTE

- Los documentos deberán ser entregados en Mesa de Partes o trámite documentario en las oficinas de la Positiva, desde donde se derivará al departamento de siniestros de salud para su evaluación.
- Los expedientes estarán sujetos a auditoria médica de acuerdo a las condiciones de su plan de salud.
- Los reembolsos serán atendidos de acuerdo al tarifario de la Positiva.
- Verifique que su médico tratante consigne la información solicitada en este documento.
- Tenga en cuenta que su médico tratante no necesariamente tiene conocimiento de la cobertura de su plan de salud.
- Si se requiere información adicional o el expediente es rechazado, la comunicación será enviada al correo electrónico del titular indicado en este documento.
- Para mayor seguridad le recomendamos quedarse con una copia de los documentos presentados.
- El plazo administrativo para presentar un reembolso es de 90 días calendario a partir de la primera atención.
- El pago del reembolso se realizará por abono en cuenta, únicamente al titular del seguro contratado.
- El asegurado deberá presentar toda la información requerida y solicitar factura para medicina, exámenes auxiliares, a nombre de la compañía que corresponda, se detalla ruc y razón social líneas abajo.
- Para el caso de Seguros de Asistencia Médica Familiar de La Positiva Seguros y Reaseguros, se deberá considerar los siguientes datos para la factura correspondiente:

**Razón Social: La Positiva Seguros y Reaseguros**
**RUC: 20100210909**
**Para el caso de tener un Plan EPS, se deberá considerar los siguientes datos para la factura correspondiente:**
**Razón Social: La Positiva S.A Entidad Prestadora de Salud**
**RUC: 20601978572**

_____/_____/_____
Fecha de Declaración