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

pacifico

Solicitud de atención médica Nº _____ (Validez sólo por 7 días)

☐ CRÉDITO ☐ REEMBOLSO (indicar monto presentado) _____ (ver información al dorso)

Para ser completado por el titular

Código del afiliado _____ (N° credencial) Fecha de emisión ___ ___ ___ Día Mes Año

Establecimiento de salud _____ Gasto presentado _____

Nombre del titular _____ Apellido paterno _____ Apellido materno _____ Nombres

Nombre del paciente _____ Apellido paterno _____ Apellido materno _____ Nombres Edad _____

Parentesco Titular ☐ Cónyuge ☐ Hijo ☐ Padre ☐ Madre ☐ Sexo M ☐ F ☐

Importante: El afiliado deberá presentar en todos los establecimientos de salud su credencial y un documento de identidad para las atenciones por crédito.

Empresa _____
Certificamos que el solicitante de la atención médica pertenece a nuestra empresa.

Firma del trabajador

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 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 corno historia clínica, certificado e informes, dispensándolos de la Reserva de Información. Sin perjuicio de lo expuesto el afiliado reconoce que las clinicas 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.

Firma y sello de la empresa

Para ser completado por el afiliado

Tipo de atención Atención ambulatona ☐ Atención hospitalaria ☐ Atención por emergencia ☐

En caso de atención por emergencia detallar con claridad las circunstancias (dónde, cómo, cuándo)

Para ser completado por el médico tratante

Nombre del médico _____ Teléfono _____

CMP _____ D.N.I. _____ R.N.E. _____

¿Qué sintomas y/o signos presenta el paciente? _____

_____ Tiempo de enfermedad _____

Antecedentes Sí ☐ No ☐ Detalle _____

Diagnóstico

CIE 10	Descripción del diagnóstico

Nro. de consultas _____ Fechas _____

CIE 10	Descripción del diagnóstico
☐ Procedimientos	
☐ Ex - Auxiliares	
☐ Interconsultas	
☐ Cirugía Menor	

¿Está gestando? Sí ☐ No ☐ F.U.R. _____ Tiempo de gestación (en semanas) _____

Fecha ___ ___ ___ Día Mes Año

Firma y sello del médico tratante

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

Documentación requerida para tramitar un reembolso

Para ser efectivo el reembolso deberá presentar a la persona responsable de su empresa, los siguientes documentos según sea el caso.

Atención ambulatoria y hospitalaria

Solicitud de Atención Medica con la información completa en el formato correspondiente, suscrito por el médico tratante.

- Original de Recibo de Honorarios a nombre del paciente.
- Boletas de Venta de los gastos incurridos en Farmacia Laboratorio • Imágenes - Patología - Procedimientos varios.
- Copia fotostática de los resultados de exámenes realizados.
- En caso de cirugía adjuntar reporte operatorio y epicrisis (copias).

Importante: Es imprescindible que la solicitud de atención médica esté firmada y sellada por el empleador. Las preexistencias de capa compleja no estan cubiertas.

1. **Observaciones generales para trámite de reembolso**
   - En caso de atenciones médicas no es necesario se genere la factura a nombre de Pacífico.
   - 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 Pacífico.
2. **Casos especiales**
   Continuación de tratamiento en casos crónicos. Se aceptará con fotocopia de receta médica y copia de liquidación anterior por un máximo de tres meses.
3. **Recomendaciones al asegurado**
   - 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 solicita un informe médico no significa el rechazo absoluto del expediente, sino la necesidad de documentar mejor su situación de salud.
   - Indique si dejó de realizar algun examen o procedimiento solicitado, o no adquirió algún producto recetado.

Sí ☐ No ☐ De ser afirmativa su respuesta deberá sacar fotocopia de esta solicitud y de la orden que indica dicho pedido.

Nota: Para mayor seguridad le recomendamos quedarse con una copia de los documentos presentados.

Para ser completado por el médico de Pacífico

Cubierto Sí ☐ No ☐ Auditado en base ☐ En clínica ☐

Motivo y/o causa _____

Fecha ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ (Día Mes Año)

Nombre _____

Firma y sello _____