

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: _____

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 maneja una cuenta registrada omitir el llenado)

☐ Abono en Cuenta

Banco

☐ BCP ☐ BBVA ☐ Interbank ☐ Scotiabank Otro (detallar banco): _____Tipo de cuenta: ☐ Cuenta de ahorros ☐ Cuenta corrienteNro. de cuenta CCI

Nombre del titular de la cuenta: _____

Correo: _____

Documento con el cual abrió la cuenta declarada anteriormente²:☐ DNI: _____☐ RUC: _____☐ CE: _____☐ Cheque

Deberá ser recogido en nuestras oficinas, solo se emiten los cheques los días Martes y Jueves a partir de las 03:00pm.

¹Revisar 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).

²El afiliado declara que las cuentas declaradas son válidas y que cualquier error en la información brindada o actualización sin previo aviso a Sanitas, podrá verse afectado el monto del pago o el tiempo del reembolso, en este caso 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 auditoría.

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

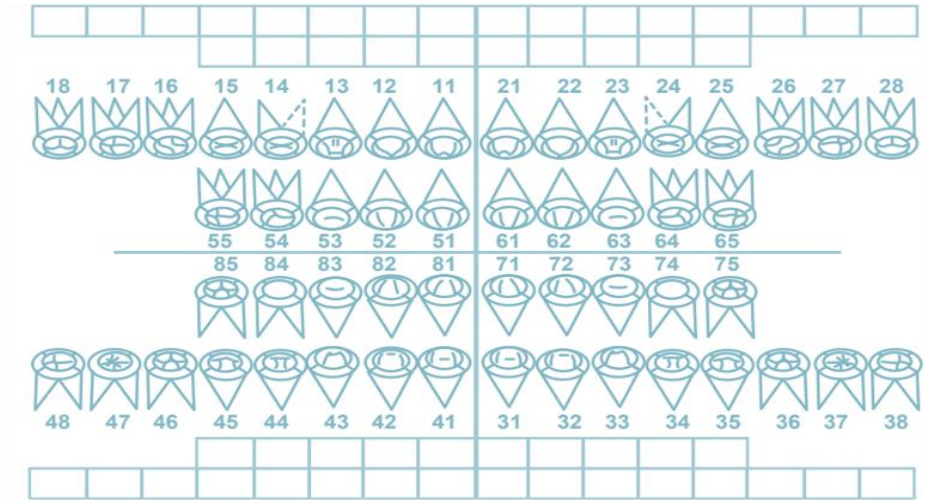
Fecha de consulta:

Motivo de Consulta:

Signos y Síntomas:

¡Recuerda que todo reembolso esta sujeto a las condiciones de su Plan de Salud y la validación de Auditoría Médica!

ODONTOGRAMA



Especificaciones

Observaciones

Diagnóstico:

Tiramiento ejecutado
(especificar piezas tratadas y superficies):

Costo Unitario:

Costo Total:

Nombre del Odontólogo:

Nombres

Apellidos

Fecha:

Firma y Sello del Odontólogo Tratante

¿QUÉ DEBO PRESENTAR?	¿QUÉ DEBO TENER EN CUENTA?
REEMBOLSO ODONTOLÓGICO 1. Odontograma, donde debe estar indicado el tratamiento por cada pieza y el costo correspondiente a cada una. 2. Si se facturó una radiografía es necesario adjuntar la factura original a nombre de Sanitas Perú S.A. con RUC: 20523470761. 3. Sellantes, por cada pieza tratada se debe pagar el deducible correspondiente al plan. Este tratamiento incluye profilaxis y/o flúor, por lo cual no se puede presentar un reembolso por profilaxis separado a este tratamiento. 4. Si se presentan atenciones por obturaciones proximales (entre diente y diente), adjuntar la radiografía antes de tratamiento y la factura original a nombre de Sanitas Perú S.A. con RUC: 20523470761 o el recibo de honorarios a nombre del paciente. 5. Si se presentara una endodoncia dentro de los tratamientos es necesario adjuntar al expediente tres placas: radiografía de diagnóstico, radiografía de conductometría y radiografía de control. 6. En caso presentar gastos por pulpectomía es necesario adjuntar dos placas: una diagnostica y otra de control.	1. Todos los documentos presentados para el reembolso no deberán tener enmendaduras ni borrones . 2. Auditoría Médica podrá solicitar mayor información para poder atender tu solicitud de reembolso. 3. El reembolso no cubrirán procedimientos, medicamentos, exámenes, entre otros que no guarden relación con el Diagnostico precisado en la Solicitud de Reembolso. 4. El plazo máximo establecido para presentar los reembolsos es de 90 días calendarios contados desde la fecha de la atención . 5. 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. 6. La aceptación de boletas están afectas al descuento del 18% del IGV . 7. El tiempo de evaluación de tu reembolso podrá extenderse según complejidad de tu requerimiento. 8. Tus reembolsos serán pagados en la misma moneda convenida en tu plan de salud. 9. El plazo máximo para el pago de tu reembolso mediante abono en cuenta es de 06 días útiles ; en caso de pagos mediante cheques es de 8 días útiles (no cuentan sábados, domingos y feriados) 10. El pago de reembolsos mediante abono en cuenta, no esta afecta a ningún tipo de comisión . 11. Las facturas deben ir a nombre de Sanitas Perú S.A. con RUC: 20523470761 . 12. Todas las facturas presentadas deberán ser presentados con el sello de "CANCELADO" . IMPORTANTE: El beneficio de reembolsos odontológico se realizará siempre que lo indique tu Plan de Salud contratado.