

## **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																								
Parentesc	U																							
Cónyu	ge:	Hijo						o(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	BCP BBVA Interbank Sco <b>t</b> iabank Otro (detallar banco):																							
	Tipo de cuenta: Cuenta de ahorros									Cuenta corriente														
	Nro.	de cue	nta																					
	CCI																							
	Nombre del titular de la cuenta:  Correo:																ento con el cual abrió la cuenta declarada rmente: DNI: RUC:							
<sup>1</sup> 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).  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.  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 articulo 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 o	leberán ser llenados obligatoriamente)										
Nombre del Paciente:											
Tiempo de enfermedad:	CIE 10:										
Signos y Síntomas:											
Diagnóstico:											
N° de Consultas	Fechas de consultas:										
Indicaciones:											
Adjunta: Laboratorio: Imágo	Procedimiento:										
Nombre del Médico:											
Nombres	Apellidos										
	Firma y Sello del Médico Tratante										
Fecha:											
Parada ma albanefisia da manbala asta mista a la mis											
Recuerda que el beneficio de reembolso esta sujeto a las mis Todo reembolso esta sujeto a las condiciones de su											
¿QUÉ DEBO PRESENTAR?	¿QUÉ DEBO TENER EN CUENTA?										
AMBULATORIO  1. Facturas originales a nombre de Sanitas Perú S.A. con RUC: 20523470761 o el	Todos los documentos presentados para el reembolso no deberán tener enmendaduras ni borrones.										
recibo de honorarios a nombre del paciente.	2. Los exámenes y/o farmacia deben ser derivados de una atención ambulatoria										
Medicinas:  1. Receta original con: los nombres de los medicamentos, la fecha de la consulta,	por reembolso, no se gestionaran atenciones mixtas (consulta por crédito y exámenes o farmacia por reembolso).										
datos del paciente, firma y sello del medico tratante indicando el CMP.	Auditoría Médica podrá solicitar mayor información para poder atender tu solicitud de reembolso.										
2. Facturas originales a nombre de Sanitas Perú S.A. con RUC: 20523470761".	4. El reembolso no cubrirán procedimientos, medicamentos, exámenes, entre otros										
Procedimientos o exámenes:  1. Orden de exámenes auxiliares o procedimientos con fecha y firma del medico	que no guarden relación con el Diagnostico precisado en la Solicitud de Reembolso.  5. El plazo máximo establecido para presentar los reembolsos es de <i>90 días</i>										
tratante.  2. Resultados de los exámenes auxiliares o procedimientos en original o copia.	calendarios contados desde la fecha de la atención .										
3. Factura original a nombre e Sanitas Perú S.A. con RUC: 20523470761 , de los procedimientos y/o exámenes auxiliares.	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.										
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	<ol> <li>El tiempo de evaluación de tu reembolso podrá extenderse según complejidad de tu requerimiento.</li> </ol>										
especialista que intervino en proceso operatorio.  3. Epicrisis original o copia de (documento emitido por la clínica que resume los	<ol> <li>Tus reembolsos serán pagados en la misma moneda convenida en tu plan de salud.</li> </ol>										
datos médicos de ingreso, evolución y alta del paciente).  4. Reporte operatorio en original o copia (solo en caso de intervención quirúrgica).	10. El plazo máximo para el pago de tu reembols <b>onediante abono en cuenta es de</b> <b>06 días útile</b> s ; en caso de <b>pagos mediante cheques es de 8 días útiles</b> (no cuentan										
5. Resultados de anatomía patológica en original o copia (solo si hubo patología).	sábados, domingos y feriados)  11. El pago de reembolsos mediante abono en cuenta, <i>no esta afecta a ningún tipo</i>										
MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN  1. Factura original a nombre de Sanitas Perú S.A. con RUC: 20523470761.	de comisión.  12. Las facturas deben ir a nombre de Sanitas Perú S.A. con RUC: 20523470761.										
Pactura original a nombre de Sanitas Peru S.A. con ROC: 20523470761.      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.	13. Todas las facturas presentadas deberán ser presentados con el <b>sello de</b>										
recta. To son validas si son ordenadas por terapistas y/o techologo medicos.	NAME OF THE OWNER OWNER OF THE OWNER OWNE										
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.	IMPORTANTE: El beneficio de reembolsos se realizará siempre que lo indique tu Plan de Salud contratado.										