



DATOS DEL TITULAR

Edad:

Edad:

M

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 u 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.

CE:

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)

Nombre del Paciente:			
Tiempo de enfermedad:		CIE 10:	
Signos y Síntomas:			
Diagnóstico:			
N° de Consultas		Fechas de consultas:	
Indicaciones:			

Adjunta:

Laboratorio:

☐

Imágenes:

☐

Procedimiento:

☐

Nombre del Médico:

Nombres

Apellidos

Fecha:

Firma y Sello del Médico Tratante

Recuerda que el beneficio de reembolso esta sujeto a las mismas políticas y exclusiones que las atenciones por crédito.
Todo reembolso esta sujeto a las condiciones de su plan de salud y la validación de auditoría medica.

¿QUÉ DEBO PRESENTAR?

AMBULATORIO

1. Facturas originales a nombre de Sanitas Perú S.A. con RUC: 20523470761 o el recibo de honorarios a nombre del paciente.

Medicinas:

1. Receta original con: los nombres de los medicamentos, la fecha de la consulta, datos del paciente, firma y sello del medico tratante indicando el CMP.

2. Facturas originales a nombre de Sanitas Perú S.A. con RUC: 20523470761".

Procedimientos o exámenes:

1. Orden de exámenes auxiliares o procedimientos con fecha y firma del medico tratante.

2. Resultados de los exámenes auxiliares o procedimientos en original o copia.

3. Factura original a nombre e Sanitas Perú S.A. con RUC: 20523470761 , de los procedimientos y/o exámenes auxiliares.

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 especialista que intervino en proceso operatorio.

3. Epicrisis original o copia de (documento emitido por la clínica que resume los datos médicos de ingreso, evolución y alta del paciente).

4. Reporte operatorio en original o copia (solo en caso de intervención quirúrgica).

5. Resultados de anatomía patológica en original o copia (solo si hubo patología).

MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN

1. Factura original a nombre de Sanitas Perú S.A. con RUC: 20523470761.

2. Orden de terapia física o rehabilitación firmada y sellada por el medico tratante.

Nota: No son válidas si son ordenadas por terapeutas y/o tecnólogo médicos.

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.

¿QUÉ DEBO TENER EN CUENTA?

1. Todos los documentos presentados para el reembolso **no deberán tener enmendaduras ni borrones** .

2. Los exámenes y/o farmacia deben ser derivados de una atención ambulatoria por reembolso, no se gestionaran atenciones mixtas (consulta por crédito y exámenes o farmacia por reembolso).

3. Auditoría Médica podrá solicitar mayor información para poder atender tu solicitud de reembolso.

4. El reembolso no cubrirán procedimientos, medicamentos, exámenes, entre otros que no guarden relación con el Diagnostico precisado en la Solicitud de Reembolso.

5. El plazo máximo establecido para presentar los reembolsos es de **90 días calendarios contados desde la fecha de la atención** .

6. 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.

7. La aceptación de boletas están afectas al **descuento del 18% del IGV**.

8. El tiempo de evaluación de tu reembolso podrá extenderse según complejidad de tu requerimiento.

9. Tus reembolsos serán pagados en la misma moneda convenida en tu plan de salud.

10. 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)

11. El pago de reembolsos mediante abono en cuenta, **no esta afecta a ningún tipo de comisión**.

12. Las facturas deben ir a nombre de **Sanitas Perú S.A.** con RUC: **20523470761**.

13. Todas las facturas presentadas deberán ser presentados con el **sello de "CANCELADO"**.

IMPORTANTE: El beneficio de reembolsos se realizará siempre que lo indique tu Plan de Salud contratado.