

## SOLICITUD DE REEMBOLSO

### Requisitos básicos para un reembolso

La presente Solicitud de Reembolso aplica para todas las coberturas de reembolsos (excepto odontología) que estipule su Plan de Salud, la misma que deberá estar debidamente llenada, firmada y sellada por el médico tratante, consignando diagnóstico(s) y fecha(s) de la atención(es) y los documentos contables respectivos.

#### Generales:

- Las Facturas deben estar emitidas a nombre de Rimac S.A. Entidad Prestadora de Salud, RUC 20414955020.
- Los Recibos por Honorarios de cada médico deben estar emitidos a nombre del paciente.

#### Atención ambulatoria:

- Medicinas: adjuntar la receta médica original que precise la cantidad de medicinas prescritas y el tiempo de tratamiento. Es importante recalcar, que la fecha de compra no podrá ser anterior a la fecha de la receta médica.
- Exámenes auxiliares (radiografía, ecografía, tomografía, etc.): orden médica original de los exámenes auxiliares con fecha, firma y sello del médico tratante, se deben entregar los resultados e informes de los exámenes.
- Para tratamientos por enfermedades crónicas la Solicitud de Reembolso tendrá una vigencia máxima de 90 días.
- Medicina Física y Rehabilitación: Informe médico del especialista consignando etiología de la enfermedad, tipo de procedimiento realizado y fecha de cada una de las sesiones de terapia, número de sesiones o periodo de tiempo que debe realizarse las mismas.

#### Atención hospitalaria:

- Pre liquidación de la clínica con detalle de los costos de cada concepto y/o honorario.

#### Hospitalario Quirúrgico (cirugía):

- Hoja de Anestesia (en caso presente honorarios de Anestesiólogo).
- Resultado de Anatomía Patológica, en caso lo amerite.
- Detalle con costo por cada honorario médico que intervino en el acto operatorio.

#### Hospitalario no quirúrgico (sin cirugía):

- Copia de la historia clínica con el registro de las atenciones realizadas por cada médico.
- Detalle con costo por cada honorario médico que intervino en la evaluación hospitalaria.

Autorizo a mi corredor de seguros para que pueda recoger el (los) cheque(s) correspondiente(s), así como suscribir y recepcionar cualquier tipo de documentación referente al pago del presente siniestro.

## SOLICITUD DE REEMBOLSO

**A llenar por el cliente / ASEGURADO (con letra imprenta y legible)**

Nombre / Razón social de CONTRATANTE o empresa:

### DATOS DEL TITULAR

Apellido Paterno:

Apellido Materno:

Nombres:

DNI

### DATOS DEL PACIENTE

Apellido Paterno:

Apellido Materno:

Nombres:

Cónyuge

Hijo(a)

Padre / Madre

Sexo:

 M F

Edad:

**Los siguientes campos deberán ser llenados por el médico tratante en su totalidad**

Tiempo de Enfermedad:

Signos y Síntomas:

Impresión diagnóstica:

N° de consultas:

Fechas de consultas:

Indicaciones:

Laboratorio

Imágenes

Procedimiento

Observaciones:

Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma y sello del médico tratante  
N° CMP