

## SOLICITUD DE REEMBOLSO

Complete los siguientes datos:

### 1. ¿Qué seguro usarás para aplicar este reembolso?

EPS / SCTR / AUS  Recuerda que debes solicitar facturas 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.  
Indique Nombre de la empresa empleadora: \_\_\_\_\_

Otro Seguro de Salud  Recuerda que debes solicitar facturas a nombre de Rimac Seguros y Reaseguros con RUC 20100041953. Los Recibos por Honorarios de cada médico deben estar emitidos a nombre del paciente.  
Indique nombre del producto: \_\_\_\_\_

### 2. Datos del titular:

Apellido Paterno: \_\_\_\_\_ Apellido Materno: \_\_\_\_\_

Nombres: \_\_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_

### 3 Datos del paciente:

¿Son los mismos datos del titular?  SÍ  Pasa al punto 4  
 NO  Por favor llena los datos.

Apellido Paterno: \_\_\_\_\_ Apellido Materno: \_\_\_\_\_

Nombres: \_\_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

### Parentesco del paciente con el titular

Cónyuge:  Hijo(a):  Padre/madre:

Los siguientes campos deben ser llenados por el médico tratante (o debes asegurarte que el médico lo haya llenado en el expediente médico que entregas):

4. Impresión diagnóstica (signos y síntomas):  CIE-10 \_\_\_\_\_  
Diagnóstico médico (diagnóstico definitivo):  \_\_\_\_\_

### 5. Observaciones (tiempo de enfermedad, motivo de consulta, otros):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

6. Fecha de consulta: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### 7. Firma, sello de médico tratante y código CMP:

Para la evaluación del reembolso, este documento deberá estar correctamente llenado por el ASEGURADO y por el médico tratante, según corresponda.

