

Crédito  Reembolso  Ambulatorio  Hospitalario  Emergencia 

TIPO DE ATENCIÓN

**PARA SER COMPLETADO POR EL TITULAR**

## 1. DATOS DEL CONTRATANTE O EMPRESA

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:

RUC

## 2. DATOS DE TITULAR

NOMBRES Y APELLIDOS

 M | F |  
SEXO

DNI | CE | PASAPORTE |

TIPO DE DOCUMENTO N°

CORREO ELECTRÓNICO

TELÉFONO

## 3. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS

DNI | CE | PASAPORTE |

TIPO DE DOCUMENTO N°

 M | F |  
SEXO

 TITULAR  | CÓNYUGE  | HIJO  | PADRE  | MADRE  |

PARENTESCO

ESTABLECIMIENTO DE SALUD

En caso de atención por emergencia detallar con claridad las circunstancias (dónde, como, cuando):

### Firma del Paciente o Titular

Las declaraciones anteriores son verdaderas, y en tal sentido, el afiliado 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 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 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, siempre que fuese con fines de reembolso, pago de beneficios, fiscalización o auditoría.

1/2

## PARA SER COMPLETADO POR EL MÉDICO TRATANTE

ESPECIALIDAD

DNI:

| CMP:

| RNE:

DOCUMENTO

TELÉFONO

SINTOMAS Y/O SIGNOS QUE PRESENTA EL PACIENTE:

TIEMPO DE ENFERMEDAD:

SI | NO |

ANTECEDENTES DETALLE

SI | NO |

ESTA GESTANDO

F.U.R

TIEMPO DE GESTACIÓN (EN SEMANAS)

CÓD. CIE 10 (diagnóstico)

DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO

SI | NO |

EXÁMENES AUXILIARES CUÁLES

TRATAMIENTO

N° DE CONSULTAS

FECHA DE CONSULTAS

FECHA

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO TRATANTE

**PARA SER COMPLETADO POR EL AUDITOR MÉDICO DE LA POSITIVA**

SI	NO	
CUBIERTO		MOTIVO Y/O CAUSA
/ /		FIRMA Y SELLO DEL AUTOR MÉDICO
FECHA		

**IMPORTANTE:** Quien firma y suscribe, certifica la autenticidad de los datos del presente formulario, en general y especialmente en los siguientes tópicos: veracidad del diagnóstico correspondencia entre diagnóstico y prescripción.

**DOCUMENTACIÓN REQUERIDA PARA TRAMITAR UN REEMBOLSO**

Se debe presentar a la persona responsable de su empresa, los siguientes documentos, según sea el caso:

**ATENCIÓN AMBULATORIA Y HOSPITALARIA: Marcar con un check (✓) donde corresponda.**

Emergencia	Consulta Externa	Hospitalización Médico/Quirúrgica	Atención Odontológica	Servicios Auxiliares	Medicina Física
Solicitud de Atención Médica <input type="checkbox"/>	Solicitud de Atención Médica <input type="checkbox"/>	Solicitud de Atención Médica <input type="checkbox"/>	Solicitud de Atención Médica <input type="checkbox"/>	Solicitud de Atención Médica <input type="checkbox"/>	Solicitud de Atención Médica <input type="checkbox"/>
Factura original de Farmacia <input type="checkbox"/>	Factura original de Farmacia <input type="checkbox"/>	Preliquidación de la Clínica <input type="checkbox"/>	Odontograma llenado correctamente <input type="checkbox"/>	Factura emitida por la IPRESS <input type="checkbox"/>	Factura emitida por la IPRESS <input type="checkbox"/>
Recibo por honorarios profesionales <input type="checkbox"/>	Recibo por honorarios profesionales <input type="checkbox"/>	Recibo por honorarios individual por cada médico <input type="checkbox"/>	Radiografía dental y/o imágenes (concordan con el tratamiento realizado e imágenes de apoyo) <input type="checkbox"/>		Cronograma de terapias realizadas <input type="checkbox"/>
Recetas médicas <input type="checkbox"/>	Recetas médicas <input type="checkbox"/>	Reporte Operatorio y Hoja de anestesia <input type="checkbox"/>	Informe médico <input type="checkbox"/>	Solicitud original de los exámenes auxiliares <input type="checkbox"/>	Informe médico <input type="checkbox"/>
Resultados de exámenes auxiliares <input type="checkbox"/>	Resultados de exámenes auxiliares <input type="checkbox"/>	Resultado de Anatomía Patológica <input type="checkbox"/>	Factura emitida por la IPRESS <input type="checkbox"/>	Resultados de exámenes auxiliares <input type="checkbox"/>	

**AUTORIZACIÓN PARA CASOS DE REEMBOLSO EN CUENTA BANCARIA**

Yo \_\_\_\_\_ identificado con DNI número \_\_\_\_\_, con domicilio en \_\_\_\_\_, autorizo realicen el depósito por concepto de Reembolso a mi cuenta cuyos datos son:

**DATOS DE CUENTA BANCARIA**

INTERBANK <input type="checkbox"/>	CRÉDITO (BCP) <input type="checkbox"/>	SCOTIABANK <input type="checkbox"/>	CONTINENTAL <input type="checkbox"/>																				
BANCOS																							
AHORROS <input type="checkbox"/>	CUENTA CORRIENTE <input type="checkbox"/>	CUENTA MAESTRA <input type="checkbox"/>																					
TIPO DE CUENTA																							
SOLES	DÓLARES	<table border="1" style="width:100%; height:20px;"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																					
TIPO DE MONEDA		Nº																					

**Firma del Asegurado Titular**

- Todos los pagos de reembolso vía abono en cuenta se realizarán únicamente a la cuenta detallada en el presente documentos. Solo proceden cuentas propias de titulares.
- La moneda de la cuenta bancaria debe ser la misma que la moneda de la póliza, si son diferentes no se procederá a registrar la cuenta bancaria para el pago del reembolso, se solicitará al asegurado el envío de una nueva cuenta en la moneda correspondiente.

**IMPORTANTE**

- Los documentos deberán ser entregados en Mesa de Partes o trámite documentario en las oficinas de la Positiva, desde donde se derivará al departamento de siniestros de salud para su evaluación.
- Los expedientes estarán sujetos a auditoria médica de acuerdo a las condiciones de su plan de salud.
- Los reembolsos serán atendidos de acuerdo al tarifario de la Positiva.
- Verifique que su médico tratante consigne la información solicitada en este documento.
- Tenga en cuenta que su médico tratante no necesariamente tiene conocimiento de la cobertura de su plan de salud.
- Si se requiere información adicional o el expediente es rechazado, la comunicación será enviada al correo electrónico del titular indicado en este documento.
- Para mayor seguridad le recomendamos quedarse con una copia de los documentos presentados.
- El plazo administrativo para presentar un reembolso es de 90 días calendario a partir de la primera atención.
- El pago del reembolso se realizará por abono en cuenta, únicamente al titular del seguro contratado.
- El asegurado deberá presentar toda la información requerida y solicitar factura para medicina, exámenes auxiliares, a nombre de la compañía que corresponda, se detalla ruc y razón social líneas abajo.
- Para el caso de Seguros de Asistencia Médica Familiar de La Positiva Seguros y Reaseguros, se deberá considerar los siguientes datos para la factura correspondiente:  
**Razón Social: La Positiva Seguros y Reaseguros**  
**RUC: 20100210909**
- Para el caso de tener un Plan EPS, se deberá considerar los siguientes datos para la factura correspondiente:  
**Razón Social: La Positiva S.A Entidad Prestadora de Salud**  
**RUC: 20601978572**

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
**Fecha de Declaración**