

Solicitud de reembolso de atención médica

Pacífico EPS Pacífico Seguros - No. póliza: _____

Para ser completado por el titular

TITULAR DE
PÓLIZA / PLAN EPS:

Nombres _____ Apellido paterno _____ Apellido materno _____

EDAD: _____

PACIENTE ATENDIDO:

Nombres _____ Apellido paterno _____ Apellido materno _____

EDAD: _____

FORMA DE PAGO: Seleccione una de las dos formas

Abono en una cuenta a nombre del titular de la póliza / plan.

48 horas más rápido que el cheque. Completa la siguiente información bancaria.

DNI: _____

CE: _____

BANCO:

BCP Ahorros

Scotiabank

Otro: _____

TIPO DE CUENTA:

Ahorros

Corriente

Maestra (BCP)

MANCOMUNADA:

Sí

No

TIPO DE MONEDA:

Soles

Dólares

NÚMERO DE CUENTA (BCP, Scotiabank) o CÓDIGO INTERBANCARIO CCI (resto de bancos). No usar guiones, puntos o separaciones

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	

Número de dígitos por tipo de cuenta: BCP Ahorros: 14 dígitos; BCP Cuenta Corriente y Interbank: 13 dígitos; Scotiabank: 10 dígitos; Continental: 20 dígitos (0011 + 16 dígitos)

Cheque

Deberá ser recogido presencialmente en las oficinas de Pacífico.

Email (para comunicar abono): _____

Firma del paciente

En caso el paciente sea menor de edad, debe firmar el representante legal.

Empresa (razón social):

Sólo afiliados a Pacífico EPS

Certificamos que el solicitante de la atención médica pertenece a nuestra empresa y tiene derecho a los beneficios contratados en nuestro plan de salud.

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 ser completado por el médico tratante

MÉDICO TRATANTE:

Nombres _____ Apellido paterno _____ Apellido materno _____

FECHA DE ATENCIÓN (dd/mm/aa):

/ /

¿ESTÁ GESTANDO?:

Sí No

F.U.R. (dd/mm/aa):

/ /

TIEMPO DE GESTACIÓN (semanas):

SÍNTOMAS Y SIGNOS:	DIAGNÓSTICO Y PROCEDIMIENTOS:	CIE10:
		FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO

Información sobre los reembolsos

A. ¿Qué documentación es necesaria?

Para todos los casos, por favor adjuntar esta solicitud debidamente completada

HOSPITALIZACIÓN Y CIRUGÍAS

- Factura por honorarios médicos a nombre de Pacífico (ver sección D), boleta a nombre del paciente o recibo por honorarios emitido de manera electrónica a nombre del paciente
- Factura por gastos finales de la clínica a nombre de Pacífico y liquidación de gastos detallada
- Copia de epicrisis
- Copia del reporte operatorio (en caso de intervención quirúrgica)
- Copia del resultado de anatomía patológica, si hubo patología

CONSULTAS AMBULATORIAS

- Factura a nombre de Pacífico (ver sección D), boleta a nombre del paciente o recibo por honorarios emitido de manera electrónica a nombre del paciente

Medicinas

- Receta médica con medicamentos prescritos incluyendo el tipo de presentación, fecha, tiempo de tratamiento, firma y sello del médico tratante

Procedimientos o exámenes

- Copia de la orden médica
- Factura a nombre de Pacífico (ver sección D) o boleta a nombre del paciente por exámenes de laboratorio o procedimientos con detalle desagregado del procedimiento realizado
- Copia de los resultados de exámenes realizados

TERAPIA FISICA POR TIEMPO PROLONGADO

- Factura a nombre de Pacífico (ver sección D), boleta a nombre del paciente o recibo por honorarios emitido de manera electrónica a nombre del paciente detallando el número de sesiones recibidas
- Informe del médico Fisiatra actualizado cada 6 meses, firmado y sellado, que detalle el diagnóstico, la evolución de la enfermedad, tipo de terapias y motivo de continuación

CONTINUIDAD DE TRATAMIENTO

- Receta médica que incluya nombre del paciente, diagnóstico por continuidad de tratamiento, medicamentos, tiempo de tratamiento, fecha, firma y sello del médico tratante. Debe indicarse el número de liquidación de reembolso anterior
- Factura a nombre de Pacífico (ver sección D) o boleta a nombre del paciente por exámenes de laboratorio y/o procedimientos con detalle de costos (original)

Ventajas de atenderte a crédito en nuestra Red de Clínicas

Recuerda que puedes atenderte dentro de nuestra red de clínicas afiliadas bajo la modalidad de crédito es más económico. Además, encontrarás orientación personalizada y atención integral.

B. ¿Qué debo tomar en cuenta?

- Los expedientes estarán sujetos a las condiciones de tu plan/póliza y a auditoría médica.
- Los reembolsos se liquidarán de acuerdo al Tarifario Pacífico (www.pacifico.com.pe). Puede no reconocer la totalidad de lo gastado
- El beneficio por doble seguro sólo reconoce gastos por deducible y coaseguro.
- Tienes 90 días desde tu atención para solicitar tu reembolso .

Importante: Las preexistencias no están cubiertas.

C. ¿Cómo se calcula tu reembolso?

Por ejemplo, para una atención por consulta y medicamentos:

Gastos presentados		Gastos cubiertos
Consulta:	S/300	S/300 - S/50* = S/250
Medicamentos:	S/200	S/200
Total:	S/500	S/450

*Exceso de cobertura. Se aplica tarifario

Se resta el deducible al monto cubierto:

Cubierto		Deducible		Base
S/450	-	S/105	=	S/345

Después se aplica un coaseguro según la cobertura de tu plan/póliza al resultado anterior. Por ejemplo:

Base		Coaseguro		Reembolso
S/345	x	70%	=	S/241,50

Esta estimación sufriría cambios si alguna característica de tu atención no estuviera cubierta.

D. Instrucciones para tus facturas

PARA PLAN DE SALUD PACIFICO EPS

Factura emitida a nombre de: Pacífico S.A. Entidad Prestadora de Salud, RUC 20431115825.

PARA PÓLIZA DE SALUD PACIFICO SEGUROS

Factura emitida a nombre de: Pacífico Compañía de Seguros y Reaseguros, RUC 20332970411.

E. Instrucciones para el médico

- El diagnóstico que presenta el paciente debe sustentar los medicamentos y exámenes solicitados
- En caso de indicar medicamentos, debe generar una receta especificando los mismos, la dosis y el tiempo del tratamiento
- En caso de indicar exámenes, debe emitir una orden especificando el examen a realizar y sustentando el motivo
- En caso de realizar procedimientos, el comprobante de pago debe detallar el costo de cada procedimiento por separado

Reembolsos en Línea

Si cuentas con los seguros Medicvida Nacional o Medicvida Internacional, Plan de Salud EPS 1 y 2 (siempre que tu plan contemple el beneficio de reembolso), hemos diseñado una plataforma digital para que puedas presentar tus reembolsos de forma ágil y más cómoda.

Úsala registrándote en:

web.reembolsos.pacifico.com.pe