





### Documentación requerida para tramitar un reembolso

Para ser efectivo el reembolso deberá presentar a la persona responsable de su empresa, los siguientes documentos según sea el caso

#### Atención ambulatoria y hospitalaria

Solicitud de Atención Médica con la información completa en el formato correspondiente, suscrito por el médico tratante

- Original de Recibo de Honorarios a nombre del paciente
- Boletas de Venta de los gastos incurridos en Farmacia Laboratorio • Imágenes - Patología - Procedimientos varios
- Copia fotostática de los resultados de exámenes realizados
- En caso de cirugía adjuntar reporte operatorio y epicrisis (copias).

Importante: Es imprescindible que la solicitud de atención médica esté firmada y sellada por el empleador. Las preexistencias de capa compleja no están cubiertas.

#### 1. Observaciones generales para trámite de reembolso

- En caso de atenciones médicas no es necesario que se genere la factura a nombre de Pacífico.
- Los expedientes estarán sujetos a auditoría médica de acuerdo a las condiciones de su plan de salud
- Los reembolsos serán atendidos de acuerdo al tarifario de Pacífico.

#### 2. Casos especiales

Continuación de tratamiento en casos crónicos. Se aceptará con fotocopia de receta médica y copia de liquidación anterior por un máximo de tres meses.

#### 3. Recomendaciones al asegurado

- 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 solicita un informe médico no significa el rechazo absoluto del expediente, sino la necesidad de documentar mejor su situación de salud
- Indique si dejó de realizar algún examen o procedimiento solicitado, o no adquirió algún producto recetado.

SI  NO  De ser afirmativa su respuesta deberá sacar fotocopia de esta solicitud y de la orden que indica dicho pedido.

Nota: Para mayor seguridad le recomendamos quedarse con una copia de los documentos presentados.

---

### Para ser completado por el médico de Pacífico

Cubierto SI  NO  Auditado en base  En clínica

Motivo y/o causa \_\_\_\_\_

Fecha 

Día	Mes	Año

\_\_\_\_\_  
Nombre

\_\_\_\_\_  
Firma y sello