

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.

