

SOLICITUD DE REEMBOLSO

Complete los siguientes datos:

1. ¿Qué seguro usarás para aplicar este reembolso?

EPS / SCTR / AUS	<input type="checkbox"/>	<p>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: _____</p>
Otro Seguro de Salud	<input type="checkbox"/>	<p>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: _____</p>

2. Datos del titular:

Apellido Paterno:	Apellido Materno:
Nombres:	DNI:
Dirección:	
Teléfono:	Email:

3 Datos del paciente:

¿Son los mismos datos del titular?	SÍ <input type="checkbox"/>	Pasa al punto 4
	NO <input type="checkbox"/>	Por favor llena los datos.
Apellido Paterno:	Apellido Materno:	
Nombres:	DNI:	Edad:
Parentesco del paciente con el titular		
Cónyuge: <input type="checkbox"/>	Hijo(a): <input type="checkbox"/>	Padre/madre: <input type="checkbox"/>

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	<input type="text"/>
Diagnóstico médico (diagnóstico definitivo):		<input type="text"/>

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.

“RIMAC Seguros, brinda garantía que los datos proporcionados serán protegidos y tratados únicamente para gestionar los reembolsos de salud”