



## solicitud de atención médica

☐ Crédito☐ Reembolso (Indicar monto presentado) \_\_\_\_\_ (ver información al dorso) N° Solicitud \_\_\_\_\_

## Para ser completado por el titular

N° de Póliza / Producto \_\_\_\_\_ Vigencia de: 

Día	Mes	Año

 Hasta: 

Día	Mes	Año

Establecimiento de salud \_\_\_\_\_ Gasto presentado \_\_\_\_\_

Nombre del titular \_\_\_\_\_  
Apellido paterno \_\_\_\_\_ Apellido materno \_\_\_\_\_ Nombres \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_Nombre del paciente \_\_\_\_\_  
Apellido paterno \_\_\_\_\_ Apellido materno \_\_\_\_\_ Nombres \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_Parentesco Titular ☐ Cónyuge ☐ Hijo ☐ Padre ☐ Madre ☐ Sexo M ☐ F ☐**Importante:** El asegurado deberá presentar en todos los establecimientos de salud su credencial y un documento de identidad para las atenciones por crédito. En caso de tener contratado un plan de salud potestativo la solicitud debe ser firmada por Pacífico.

Firma del asegurado \_\_\_\_\_

Empresa \_\_\_\_\_

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 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, certificado 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.

## Para ser completado por Pacífico

Tipo de atención: Atención ambulatoria ☐ Atención hospitalaria ☐ Atención por emergencia ☐

En caso de atención por emergencia detallar con claridad las circunstancias (dónde, cómo, cuándo)

## Para ser completado por el médico tratante

Nombre del médico \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

C.M.P. \_\_\_\_\_ D.N.I. \_\_\_\_\_ R.N.E. \_\_\_\_\_

Qué síntomas y/o signos presenta el paciente? \_\_\_\_\_

Tiempo de enfermedad \_\_\_\_\_

Antecedentes Sí ☐ NO ☐ Detalle \_\_\_\_\_

Diagnóstico \_\_\_\_\_ CIE10 \_\_\_\_\_ Descripción del diagnóstico \_\_\_\_\_

Nro. de consultas	Fechas
<input type="checkbox"/> Procedimientos	
<input type="checkbox"/> Ex -Auxiliares	
<input type="checkbox"/> Interconsultas	
<input type="checkbox"/> Cirugía Menor	

¿Está gestando? Sí ☐ NO ☐ F.U.R. \_\_\_\_\_ Tiempo de gestación (en semanas) \_\_\_\_\_Fecha 

Día	Mes	Año

Firma y sello del médico tratante \_\_\_\_\_

**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 el diagnóstico y prescripción.

## Documentación requerida para tramitar un reembolso

Para ser efectivo el reembolso deberá presentar a Pacífico.

### Atención ambulatoria y hospitalaria

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

- Original del Recibo de Honorarios a nombre del paciente.
- Original de la receta y de los exámenes auxiliares (laboratorio, imágenes, patología solicitados por el médico tratante).
- 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:** Las preexistencias no están cubiertas.

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

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

#### 2. 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 póliza.
- 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 a Pacífico.

#### 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 \_\_\_\_\_