

SOLICITUD DE BENEFICIOS DE ASISTENCIA MEDICA FAMILIAR

Tipo de Atención: Amb. Hosp. Emerg.

Siniestro: _____

INFORMACIÓN DEL TITULAR

Apellidos y Nombres _____ D.N.I. _____

Domicilio _____ Telef. _____

Póliza _____ Certificado _____ Plan(opcional) _____

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Apellidos y Nombres _____ D.N.I. _____

Fecha de Nacimiento ____ / ____ / ____ Edad _____ Sexo _____ Parentesco _____

PARA SER COMPLETADO POR EL MÉDICO TRATANTE

Síntomas y signos que presenta el paciente _____

Tiempo de Enfermedad _____ F.U.R. (femenino) _____

Diagnósticos (CIÉ 10)

1. _____ 4. _____

2. _____ 5. _____

3. _____ 6. _____

¿Ordenó exámenes auxiliares? Sí No

¿Cuáles? _____

Tratamiento

1. _____

2. _____

3. _____

Nro. Consultas atendidas _____ Fecha _____

Nombre del Médico Tratante _____ Especialidad _____

Firma y Sello del Médico Tratante

Firma del Paciente y/o titular

CMP _____ Telf. _____ Fecha ____ / ____ / ____

Certifico que todas las respuestas y declaraciones antes mencionadas, así como las facturas que se adjuntan son verídicas y ajustadas a la realidad.

Autorizo a la Clínica u Hospital, así como a los Médicos tratantes, enfermeras y proveedores que poseen la información concerniente al paciente para que suministren a La Positiva Seguros y Reaseguros, cualquier información, datos del archivo médico, exámenes entre otros.

PARA SER COMPLETADO POR EL MÉDICO AUDITOR

Aprobado Observado

V°B° Firma y sello del Médico Auditor

Fecha ____ / ____ / ____

INSTRUCCIONES

1. Esta solicitud de beneficios deberá ser llenada en su totalidad; caso contrario La Positiva se reserva el derecho de devolver el expediente solicitando completar toda la información requerida en el presente formulario.
2. En caso de EMERGENCIA ACCIDENTAL, el asegurado deberá notificar a Línea Positiva en Lima: 211-0-211 y en Provincias: 0800-1-0800 dentro de las primeras 48 horas luego de ocurrido el accidente.

PROCEDIMIENTO EN CASO DE REEMBOLSO: (este beneficio se brindará siempre y cuando lo indique la tabla de beneficios)

Para solicitar el reembolso de gastos médicos, es necesario presentar los siguientes documentos:

- Solicitud de Beneficio debidamente llenada y firmada por el médico tratante. La solicitud debe consignar la firma del Asegurado (Obligatorio).
- Facturas y/o Boletas y/o Ticket y/o Recibo por Honorarios Médicos (Las facturas deberán ser emitidas a nombre de **La Positiva Seguros y Reaseguros** con RUC 20100210909).
- Recetas Médicas (de las medicinas facturadas).
- Informe Médico (opcional).
- Órdenes, resultados e informes de Exámenes Especiales realizados.
- Órdenes, resultados e informes de Exámenes de Laboratorio realizados.

Estos documentos deberán ser entregados en Mesa de Partes o Trámite Documentario en las oficinas de La Positiva, desde donde se derivarán al departamento de Siniestros de Salud para su evaluación.

- Si su caso es aprobado, su reembolso será remitido a nuestra área de caja, pudiendo usted consultar la disponibilidad del mismo en Lima al 211-0-211 Línea Positiva y desde provincias al 0800-1-0800.
- Si se requiere de información adicional o el siniestro es rechazado se enviará una carta indicando los motivos y sustento del mismo.

PROCEDIMIENTO EN CASO DE CRÉDITOS: ASEGURADOS (este beneficio se brindará siempre y cuando lo indique la tabla de beneficios)

- Presentar el carné del Asegurado y/o un documento de identidad.
- Abonar los importes correspondientes al deducible, coaseguro de los gastos efectuados según su póliza y gastos no cubiertos.

Atención Ambulatoria

La Solicitud de Beneficios se imprimirá del sistema WEB CLÍNICAS, en caso el asegurado presente esta solicitud de beneficios, sólo se colocará el código de autorización y/o siniestro en la parte correspondiente (sección superior derecha de la primera cara de este formulario). La solicitud deberá de consignar la firma del Asegurado.

Atención Hospitalaria

La Clínica deberá solicitar a la compañía a través del sistema WEB CLÍNICAS la carta de garantía, presentando la orden de internamiento, el diagnóstico y el presupuesto correspondiente. Todos los pagos correspondientes a gastos cubiertos por este seguro serán efectuados directamente por La Positiva a los proveedores afiliados que en exclusividad brindarán sus servicios, de acuerdo a las coberturas que se señalan en la tabla de beneficios.

PARA AMBAS ATENCIONES Y SEGÚN CORRESPONDA, LOS PROVEEDORES REMITIRÁN POSTERIORMENTE A LA POSITIVA LO SIGUIENTE:

- Factura emitida a nombre de La Positiva Seguros y Reaseguros con RUC: 20100210909.
- Solicitud de Beneficios (para casos ambulatorios y/o emergencias) y/o Carta de Garantía (para cirugías ambulatorias y casos hospitalarios).
- Autorizaciones en caso de exámenes Especiales.
- Solicitud de Medicinas y/o Recetas de Farmacias.
- Órdenes, resultados e informes de Exámenes Especiales realizados.
- Órdenes, resultados e informes de Exámenes de Laboratorio realizados.

Las facturas por crédito deberán ser enviadas a La Positiva en un plazo no mayor a treinta días (30) después de la fecha de ocurrencia.

De requerir alguna información sustentatoria adicional, La Positiva se reserva el derecho de solicitar la misma por medio de una carta.

Para cualquier consulta sírvase llamar a

Línea Positiva

211-0-211 0800-1-0800
Desde Lima Línea gratuita desde provincias