

SEÑOR GERENTE GENERAL DE SALUDPOL

DATOS DEL TITULAR: (obligatorio)

Apellido Paterno: _____ Apellido Materno: _____
Nombres: _____ DNI: _____

DATOS DEL PACIENTE: (obligatorio)

Apellido Paterno: _____ Apellido Materno: _____
Nombres: _____ DNI: _____
Parentesco: Titular Cónyuge Hijo Padre/Madre Edad: _____

DATOS DEL SOLICITANTE O TERCERO LEGITIMADO: (obligatorio)

Apellido Paterno: _____ Apellido Materno: _____
Nombres: _____ DNI: _____

REALIZAR EL ABONO A NOMBRE DE: (obligatorio)

Titular Paciente Tercero Legitimado⁽¹⁾ Teléfono Fijo: _____
Notificar por medio:
Virtual⁽²⁾ Correo electrónico: _____
 Celular: _____

Físico Domicilio: _____
 Distrito: _____ Provincia: _____ Departamento: _____
Referencia: _____

REQUISITOS:

1. Solicitud de reembolso económico.
2. Voucher con Código de Cuenta Interbancaria – CCI, a nombre del beneficiario o tercero legitimado.
3. Copia de la (s) receta (s) Vale de la IPRESS PNP, con sello SIN STOCK y firma del médico tratante. Debe precisar el tipo de servicio (ambulatorio, hospitalización o emergencia). Firma y sello del personal de farmacia.
4. Hoja RUA en caso de análisis clínicos con sello "No se procesa por falta de insumo", sello de consultorio y firmas (médico y personal de laboratorio)⁽³⁾.
5. Comprobantes de pago originales autorizados por SUNAT, a nombre del Fondo de Aseguramiento en Salud de la PNP - SALUDPOL, RUC 20178922581.
6. Copia de Papeleta de Egreso (sólo para casos de pacientes hospitalizados) o copia de hoja MOPRI o riesgo quirúrgico (sólo para pacientes con atención ambulatoria) en caso de operaciones oftalmológicas.

PLAZO PARA PRESENTAR:

Medicinas y/o material biomédico: dentro de 30 días hábiles, contados desde efectuada la compra.

Pacientes hospitalizados: 30 días hábiles, contados a partir de la fecha de alta del paciente.

Ante Ud. con el debido respeto me presento y expongo:

Que habiendo efectuado gastos por el/los concepto (s) en la presente, solicito se efectúe el reembolso económico de acuerdo a los documentos adjuntos. Agradeceré se sirva efectuar el reembolso a nombre de la persona señalada en la solicitud.

A Ud. Señor Gerente General, pido acceder a mi solicitud por considerarlo justo.

Monto: S/ _____

Lima, ____ de _____ de 201 ____

Todos los expedientes deben contener los documentos en el orden indicado y foliado (de adelante hacia atrás). Presentarlo en la Plataforma de Atención al Usuario de SALUDPOL.

Firma

DNI: _____

NOTA: al presentar su trámite en mesa de partes, deberá traer hoja de CARGO (copia de su solicitud).

⁽¹⁾Tercero Legitimado: presentará Carta Poder Especial con firmas legalizadas ante Notario Público o un poder por escritura pública, que lo habilite a recibir el reembolso, otorgado por el beneficiario o sus herederos legalmente reconocidos. O de ser el caso, acreditar su condición de heredero (Testamento, o Acta de Declaratoria de Herederos o Inscripción de la Sucesión Intestada en Registros Públicos, o Sentencia Judicial consentida o ejecutoriada) además de su condición de representante de los herederos, de corresponder.

⁽²⁾ Autorizo que los actos administrativos sean notificados electrónicamente.

⁽³⁾ Las solicitudes de reembolso por Análisis Clínicos serán atendidas bajo las modalidades de Entrega Directa y/o Abono Directo hasta el 31/12/2018, según corresponda, con la presentación de la Hoja RUA. A partir del día 01/01/2019, sólo se atenderán los Análisis Clínicos que cuenten con Carta de Garantía.