

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^(*) Teléfono Fijo: _____
Notificar por medio:
Virtual^(**) 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 simple de la historia clínica del paciente e historia de Emergencia.
4. Hoja de Pre liquidación emitida por la IPRESS, que debe estar relacionada con las prestaciones y montos de los comprobantes de pago.
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 la (s) receta (s) médica (s) y orden de procedimientos médicos (para los casos que no cuenten con capacidad resolutoria en la IPRESS de Emergencia Prioridad I), expedida por las IPRESS.

PLAZO PARA PRESENTAR:

Dentro de los treinta (30) días hábiles, contados desde que el paciente sale de la condición de Emergencia Prioridad I.
En caso que el asegurado cuente con un seguro privado y realice un copago durante su atención por Emergencia Prioridad I, en una IPRESS no PNP, aplicará el reembolso con los mismos requisitos.
Comunicar la Emergencia por Prioridad I dentro de las 72 horas de ocurrido el evento, según lo establecido en el artículo 27 del Decreto Supremo N° 002-2015-IN, Reglamento de la Ley del Fondo de Aseguramiento en Salud de la Policía Nacional del Perú.

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).

^(*)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.

^(**)Autorizo que los actos administrativos sean notificados electrónicamente.