

Para ser completados por el afiliado (con letra imprenta y legible)

DATOS DEL TITULAR

Apellido paterno: Apellido materno:
 Nombres: DNI/CE/Pasaporte: Edad:

DATOS DEL PACIENTE

Apellido paterno: Apellido materno:
 Nombres: DNI/CE/Pasaporte: Edad:

PARENTESCO

Cónyuge ☐ Hijo(a) ☐ Padre/Madre ☐ Sexo: ☐ M ☐ F

De conformidad con lo establecido con la Ley Nro. 29733 – Ley de Protección de Datos Personales y su Reglamento, quien suscribe el presente documento, queda informado y da su consentimiento libre, expreso, inequívoco e informado, para el tratamiento y transferencia, nacional e internacional de sus datos personales a la base de datos de GRANDIA S.A. ENTIDAD PRESTADORA DE SALUD, conjuntamente con cualquier otro dato que pudiera facilitarse a lo largo de la relación jurídica y aquellos obtenidos en fuentes accesibles al público, se tratarán con las penalidades de analizar las circunstancias al celebrar contratos con GRANDIA S.A. ENTIDAD PRESTADORA DE SALUD, gestionar la contratación y evaluar la calidad del servicio. Los datos suministrados son esenciales para las penalidades indicadas. Las bases de datos donde ellos se almacenan cuentan con estrictas medidas de seguridad. En caso se decida no proporcionarlos, no será posible la prestación de servicios por parte de GRANDIA S.A. ENTIDAD PRESTADORA DE SALUD. Conforme a ley, el titular de la información está facultado a ejercitar los derechos de información, acceso, rectificación, supresión o cancelación y oposición que se detallan en la Ley Nro. 29733 – Ley de Protección de Datos Personales y su Reglamento, mediante comunicación dirigida a GRANDIA S.A. ENTIDAD PRESTADORA DE SALUD

FORMA DE PAGO (Si mantiene una cuenta registrada obviar el llenado)

☐ Abono en cuenta

Banco

☐ BCP ☐ BBVA ☐ Interbank ☐ Scotiabank ☐ Otro

Tipo de cuenta: ☐ Cuenta de ahorros ☐ Cuenta corriente

Número de cuenta (1):

CCI:

Nombre del titular de la cuenta:

Correo:

Documento con el cual abrió la cuenta declarada anteriormente:

☐ DNI:
☐ RUC:
☐ CE:

(1)Revisar el formato de número de cuenta que deberá ser utilizado para la transferencia, de acuerdo a los siguientes formatos: BBVA (La cuenta corriente o de ahorro debe tener 20 dígitos), BCP (La cuenta corriente debe tener 13 dígitos y la de ahorro 14 dígitos), Scotiabank (La cuenta corriente o de ahorros debe tener 10 dígitos), Interbank (La cuenta corriente o de ahorros debe tener 13 dígitos).

(2) El afiliado declara que todos los datos descritos en la presenta solicitud, son válidas y que cualquier error en la información brindada sin previo aviso a GRANDIA S.A. ENTIDAD PRESTADORA DE SALUD, podrá afectar el pago o el tiempo del reembolso; en dichos casos la responsabilidad recaerá directamente en el AFILIADO.

Firma del titular de la Póliza de Salud

Las declaraciones anteriores son verdaderas y, en tal sentido, el afiliado/asegurado 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/asegurado 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, certificados e informes, dispensándolos de la reserva de información. Sin perjuicio de lo expuesto el afiliado/asegurado 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/asegurado, siempre que fuese con fines de reembolso, pago de beneficios, fiscalización o auditoría.

Para ser completados por el Médico Tratante (todos los campos deberán ser llenados obligatoriamente)

Nombre del paciente:			
Tiempo de enfermedad:		CIE 10:	
Signos y síntomas:			
Diagnóstico:			
Número de consultas:		Fechas de consultas:	
Indicaciones:			

Adjunta: ☐ Laboratorio ☐ Imágenes: ☐ Procedimiento: ☐

Nombre del médico: Nombres Apellidos

Fecha:

Firma y Sello del médico Tratante

Recuerda que el beneficio de reembolso está sujeto a las mismas políticas y exclusiones que las atenciones por crédito. Todo reembolso está sujeto a las condiciones de su plan de salud y la validación de auditoría médica.

¿QUÉ DEBO PRESENTAR?

AMBULATORIO

- Facturas originales a nombre de GRANDIA S.A. ENTIDAD PRESTADORA DE SALUD con RUC 20610079777 o el recibo por honorarios a nombre del paciente (debe detallar los procedimientos realizados y costos individuales).
- Reporte operatorio

Medicinas:

- Facturas originales a nombre de GRANDIA S.A. ENTIDAD PRESTADORA DE SALUD con RUC 20610079777
- Receta original con los nombres de los medicamentos, fecha de consulta, datos del paciente, firma y sello del médico tratante indicando el CPM.
- El médico tratante debe consignar todos los diagnósticos que respalden la prescripción, así como el CIE 10.
- Se reembolsarán medicamentos para enfermedades crónicas por hasta 90 días calendario, siempre que la receta lo indique.

Procedimientos o exámenes auxiliares:

- Factura original a nombre de GRANDIA S.A. EPS, con el detalle del valor monetario de cada examen.
- Presentar la orden de exámenes o procedimientos con los siguientes datos: fecha de la consulta, datos del paciente, diagnóstico incluyendo el CIE10, y la firma y sello del médico tratante.
- Presentar los resultados de los exámenes auxiliares o procedimientos en original o copia.

HOSPITALIZACIÓN

- Atención hospitalaria quirúrgica: Solicita tus facturas a nombre de GRANDIA S.A. EPS (RUC 20610079777) y/o recibos por honorarios a nombre del paciente, detallando procedimientos y costos.
- Factura cancelada con servicios de clínica (farmacia, laboratorio, habitación, etc.). Si incluye honorarios quirúrgicos, debe detallar a cada médico.
- Liquidación de la clínica con detalle de los costos de cada concepto y/u honorario.
- Hoja de anestesia (en caso presente honorarios de un anestesiólogo).
- Resultado de Anatomía Patológica, en caso lo amerite.

MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN

- Adicional a la factura original de la consulta médica expedida a nombre de GRANDIA S.A. EPS cancelado.
- Orden de terapia física con fecha, datos del paciente, diagnóstico con CIE10, firma, sello y CMP del médico.
- Debes presentar Informe final con tipo de terapia y cronograma de sesiones con fechas.
- Importante tomar en cuenta que no son válidas si son ordenadas por terapeutas y/o tecnólogos médicos.

¿QUÉ DEBO TENER EN CUENTA?

- Reembolso válido solo si tu Plan de Salud lo incluye.
- No aplica para atenciones mixtas (crédito y particular).
- El periodo de validez de la Solicitud de Beneficios es de 90 días calendarios desde la fecha de atención.
- Pago de reembolso en la misma moneda de tu plan.
- Se te devuelve un porcentaje de tus gastos médicos, según topes y tarifas.
- Para los precios que no estén en el tarifario se aplicará un valor referencial sin aplicar tarifa del plan.
- Las recetas y ordenes médicas son válidas por 7 días desde su emisión.
- Para reembolsos por doble seguro: Se reembolsarán los deducibles y copagos al 100%, solo si no fueron cubiertos por otra aseguradora y están incluidos en tu plan.
- La aceptación de boletas esta afecta al descuento del 18% del IGV.
- Presentar documentos escaneados de forma nítida; sin enmendaduras ni borrones.
- No se cubrirá procedimientos, medicamentos, exámenes, entre otros que no tengan relación con el diagnóstico.
- Nuestros médicos auditores podrán solicitar más información para analizar tu solicitud de reembolso, en cuyo caso te contactaremos.
- No se aceptarán recibos por honorarios por servicios de clínica (farmacia, laboratorio, habitación, etc), medicamentos, insumos o vacunas.
- La fecha de compra de medicamentos no podrá ser anterior a la fecha de la receta médica y solo se reembolsará lo prescrito en la receta.
- Todas las atenciones deben ser realizadas en centros acreditados por el ente regulador SUSALUD, consulta el establecimiento en el siguiente link <http://renipress.susalud.gob.pe:8080/wb-renipress/inicio.htm>