



REQUISITOS PARA SOLICITAR REEMBOLSO

CLÍNICAS E INSTITUCIONES SIN CONVENIO

1. Estar al día en sus aportes mensuales al SEMEFA y cuotas del Colegio Médico.
2. Si el afiliado desea saber el monto aproximado que se le va a reembolsar por su atención, debe solicitar una **Autorización de Reembolso del SEMEFA** presentando la **orden o el informe del médico tratante con el diagnóstico presuntivo y el presupuesto con el monto aproximado de la atención**, en forma directa, vía email semefa_fac@cmp.org.pe o vía fax.
Después de la recepción de los documentos solicitados, el trámite de Autorización de reembolso lo evalúa el Médico Auditor del SEMEFA y se emite la autorización a las 24 horas.
3. **Si ya se realizó la atención, tiene como máximo 30 días calendario desde la fecha de emisión de factura para presentar los documentos solicitados para el reembolso. Documentos presentados en forma extemporánea no serán admitidos ni reconocidos por el SEMEFA.**
4. Firmar la **solicitud para reembolso**, que será llenado en las oficinas del SEMEFA el día que se acerque a presentar todos los documentos solicitados para el trámite, **en caso de que faltase algún documento, el expediente no será tramitado.**
5. **Factura original (Usuario y SUNAT) a nombre del Colegio Médico del Perú, con RUC 20139589638**, en caso de facturación por el monto total de la atención adjuntar el detallado de lo facturado.
6. **En caso de exámenes especializados**, adjuntar copia de la **orden médica (con el nombre del paciente, diagnóstico presuntivo, indicación del examen a realizar, fecha de atención, firma y sello del médico tratante)** y copia de los **resultados de los exámenes realizados.**
7. **En caso de hospitalización o intervención quirúrgica**, adjuntar copia del **informe médico y/o epicrisis, reporte operatorio, detallado de farmacia, laboratorio y resultados de exámenes realizados.**
8. **En caso de emergencias (accidental o médica)**, adjuntar **Hoja de emergencia y/o Copia de Historia Clínica, detallado de farmacia, laboratorio y resultado de exámenes realizados.**
9. **Copia del DNI del titular** (para emisión del cheque). En caso de que el titular no pueda cobrar el cheque, el familiar **podrá presentar una carta poder notarial y adjuntar copia del DNI del mismo.**
10. El reembolso se hará efectivo como máximo en 30 días calendario de presentado el expediente y será cobrado en la Caja N° 01 del Consejo Nacional para Lima y Callao, el monto a reembolsar se realiza **teniendo como base los Convenios firmados con Clínicas y/o Centros afiliados y lo que indique la Tabla de Beneficios; esto puede significar que el monto del reembolso sea diferente al monto de la factura presentada.** Para el caso de otros Consejos Regionales el cobro se efectuará en la Caja del Consejo Regional respectivo.

Mayor Información:

Karla Ramos T. / Martha Mansilla A.

Email: semefa@cmp.org.pe / semefa1@cmp.org.pe

Teléfonos:

Central: 2131400 anexos: 1604 / 1606

Fax: 2131411 ó 2131414

LFP/al