

REEMBOLSO DE GASTO POR ATENCIÓN MÉDICA **(Consultas a Facturación Telf: 611-6200 Anexos : 526 - 527)**

1. Las solicitudes de reembolso deben ser presentadas **DENTRO DEL MES DE EFECTUADO EL PAGO DEL SERVICIO RECIBIDO.**
2. El asociado deberá presentar los comprobantes de pago originales (Boletas, Facturas, Recibo por Honorarios), girados a nombre del **FOPASEF** con el **RUC N° 20216510365**, debidamente cancelados.
3. **No serán reembolsados** los expedientes cuyos comprobantes de pago figuren con un nombre diferente al de FOPASEF.
4. **No se aceptarán reembolsos** por atención en lugares donde existan clínicas y/o consultorios de convenio. En el caso de atención especializada no cubierta por una clínica de convenio, para ser reconocido el gasto deberá contar con la autorización de nuestra **GERENCIA ASISTENCIAL**.
5. Los reembolsos se realizarán de acuerdo al **TARIFARIO FOPASEF** que se maneja en la zona donde recibió la atención el beneficiario.
6. **No se efectuarán reembolsos** a asociados que mantengan deuda alguna a los Fondos (deberán estar al día en el momento de la atención asistencial y a la fecha de efectuar el reembolso).
7. Los Asociados considerados **Altos Consumidores deberán asumir el costo de los Copagos** establecidos, para las atenciones que se brinden a sus beneficiarios.
8. El beneficiario debe estar apto (acreditado) para recibir las atenciones asistenciales.
9. **No se reembolsarán las exclusiones de fopasef. cualquier atención no coberturada deberá ser asumida por el asociado titular.**
10. **No se cobertura medicamentos con nombre comercial, SÓLO GENÉRICOS.**

RELACIÓN DE DOCUMENTOS QUE DEBEN SER ADJUNTADOS

1. El asociado solicitará el reembolso del gasto realizado por la atención de su beneficiario, adjuntando la Boleta, Factura o Recibo por Honorarios originales respectivamente, a nombre del **FOPASEF**, con **RUC N° 20216510365**.
2. Asimismo adjuntará, los siguientes documentos que acrediten y sustenten la atención recibida por el paciente:
 - a. Copia de la epicrisis, con indicación del diagnóstico médico por el que fue tratado - CIE10.
 - b. Copia de las ordenes médicas y resultados de los exámenes de laboratorio y/o imágenes.
 - c. Receta médica original de los medicamentos prescritos.
 - d. Constancia de los procedimientos médicos indicados y recibidos, de ser el caso.
 - e. Orden de internamiento y alta u/o constancia de hospitalización, de ser el caso.
 - f. Copia del DNI vigente del Titular y del Beneficiario.
 - g. En caso de hospitalización adjuntar Historia Clínica Completa.
 - h. Liquidación detallada de gastos para su evaluación por Auditoría Médica.
3. En todos los documentos que se adjunten para reembolso, deberá figurar el nombre completo del paciente beneficiario que recibió la atención y las firmas respectivas (médico, paciente, responsables, etc.)
4. El reembolso se hará en la misma forma en que se pago la atención; es decir, en una o tantas armadas como esta fue cancelada; debiendo presentar, además, la Boleta de Pago donde figura el descuento o la constancia de aportes respectivos, si fuera el caso.
5. El reembolso será únicamente por los gastos de atención que corresponden al diagnóstico determinado; **EXCLUYÉNDOSE** los no coberturados por el FOPASEF y/o los no relacionados con la enfermedad tratada.
6. El monto del reembolso será cargado, como consumo, a la Cuenta Individual del Asociado, conforme a lo normado al respecto.
7. La administración de XI FOPASEF se reserva el Derecho de Auditoría y/o verificación; ejecutando las acciones legales que resulten aplicables en caso de detectarse anomalías al respecto.
8. En todos los casos, la atención de los servicios se sujeta a las normas vigentes al respecto; incluyendo el trámite de los reembolsos, el cual seguirá el mismo procedimiento del pago de facturas a terceros.